

記入例

国民健康保険 療養費支給申請書

※太わくの中のみ記載して下さい

保険者番号	1 2 0 6 0 0	(療養を受けた) 被保険者名	印 西 花 子		
記号・番号	印 - × × × × × × ×	生年月日	3.昭 ④.平 5.令 ××年 ××月 ××日		
公費負担者番号		性別	1. 男 ②. 女	日 数	日
受給者番号		入外区分	1. 入院 2. 外来	食事回数	回
個人番号	× × × × × × × × × ×	第三者行為	1. 有 2. 無		
保険制度	①. 国保 4. 退職(退職本人・退職扶養)	給付割合	7割 8割		
高齢者・乳幼児	1. 70歳以上高齢者 2. 6歳(未就学者)	療養期間	4. 平成 年 月 日から 5. 令和 年 月 日まで		
診療年月	4. 平成 ××年 ××月 診療 ⑤ 令和				
療養の種類	①. 一般診療 (1. 海外療養費) 02. 補装具 03. 柔整 04. あんま・マッサージ 05. はり・きゅう 06. 看護 07. 移送 08. その他 09. 標準負担額差額 10. 生血				
傷病名	〇〇〇〇〇〇〇〇	疾病コード	受領委任 コ ド		
診療を受けた 医療機関等の 所在地及び名称	〇〇市×× ××-× □□□□病院	機関コード			
申請の理由	自費で受診したため	発病又は、 負傷の原因	長期 長期高額 1. 低Ⅰ 2. 低Ⅱ		
診療・調剤又は、手当てに従事した 医師、歯科医師、薬剤師等の名称	第 二 法 別				
療養に要した費用(A)		支 給 額			
薬剤一部負担金(B)		振り込みは、原則世帯主の方へ行います。 世帯主以外の方への振り込みを希望される場合は、 委任状(任意様式)が必要です。			
患者負担額(C)					
食事に要した費用(D)					
食事標準負担額(E)					
振込先	銀行名/コード	印 西	支店名/コード	印 西	支店
	口座番号	× × × × × × × ×	預金種目	① 普通 2. 当座 3. 別段 4. 貯蓄預金 9. 他	
	フリガナ	イン サ イ タ	備考		
	口座名義人	印 西 太 郎			

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請いたします。

令和 ×年 ××月 ××日

世帯主 住所 印西市〇〇××-×

氏名 印 西 太 郎

電話 ××-×××××

宛て先 印西市長 板倉 正直 様