

国民健康保険療養費支給申請書

原書番号		受付年月日		整理番号	
1		平成 年 月 日			
被保険者番号	医療種別	国保	退職	割合	7割
	1	本人3	扶養4		7
フリガナ	世帯主との続柄	福祉医療	老人	乳幼児	障害
被保険者氏名(患者名)	男1		41.42	80.81	82.83.43
生年月日	昭・平 年 月 日	女2	受給者番号		
住所コード・員番		公費	国保資格取得日	3昭和 4平成	年 月 日
病院、診療所、薬局その他の者の名称及び所在地	別紙のとおり				1
従事した医師、歯科医師又は薬剤師の氏名	別紙のとおり				3
					4
種類		表別		入院	
1	2	3	4	5	7
一般診療	治療用器具	柔整	アンママッサージ	ハリ・灸	移送
1	3	4	1	3	4
3	三入		1	本入	7 高入9
5	家入	9 高入8	2	本外	8 高外9
6	家外	0 高外8	4	三外	
傷病名	別紙のとおり		療養期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで (日間)	
負傷年月日	3昭和 4平成	年 月 日	療養に要した費用		
ハリ・灸・アンママッサージ	初検日	平成 年 月 日 第 回	審査決定金額		
公費負担分 ()					
<p>上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。 なお、支払いは、下記の名義人の預金口座へ振り替えて下さい。</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p>申請者 〒 - (世帯主) 住所 _____</p> <p style="text-align: center;">播磨町長様 氏名 ⑩ 電話 () - _____</p>					
受取方法	口座振込	銀行		支店	
	窓 口	信用(金庫・組合)		出張所	
		農 協		支 所	
預金種別	普通座	口座番号		保険者番号	
フリガナ				280321	
口座名義人					
<p>下記のとおり決定します。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p>					
総療養費			支給決定金額		
決 裁	課長	副課長	課長補佐	係長	係
					未納保険料
					有・無

発病又は負傷の原因	
傷病の経過	
診療、薬剤の支給 又は手当の内容	
医療を受けることが できなかった理由	

窓受 口払領 い 用書	支給金額	円	を領収しました。
	住所		平成 年 月 日
	申請者氏名		印

注) 添付書類

- ア. 一般診療 : 領収明細書 (レセプト等)、領収書
- イ. 海外療養費 : 診療内容明細書、領収明細書、日本語翻訳文
- ウ. 治療用装具 : 医師の意見書、装具装着証明書、領収書、領収明細書
- エ. アシマ・マッサージ : 医師の同意書、領収明細書、参考資料 (レセプトコピー)
- オ. 移 送 : 医師の意見書、領収書
- カ. そ の 他 : 医師の意見書 (同意書)、領収明細書 (レセプト等)、領収書