

(表 面)

決定 伺	部 長	部次長	課 長	課長補佐	係 長	係	支 給 年 月 日 年 月 日

承 認	不 承 認	(不承認の場合、その理由)
-----	-------	---------------

国民健康保険療養費支給申請書

療養年月 年 月分

区 分	1 社・国	1 単独	1 本入	5 家入	7 高入一
	4 退職	2 2併	2 本外	6 家外	8 高外一
		3 3併	3 六入		9 高入7
			4 六外		0 高外7

公費負担者番号											保 険 者 番 号										
受 給 者 番 号											被 保 険 者 証 の 記 号 番 号										
療養を受けた 被 保 険 者	氏 名										年 月 日 生										
	個人番号										男・女 続 柄										
※ 傷 病 名											※ 発 病 又 は 負 傷 年 月 日	年 月 日									
※ 療 養 期 間 (必ずご記入ください)	年 月 日から										※ 療 養 に 要 し た 費 用	療 養 の 給 付					円				
	(日間)											食 事 療 養 費					円				
※ 診 療 ・ 薬 剤 の 支 給 又 は 手 当 を 受 け た 病 院 ・ 診 療 所 ・ 薬 局 等	所 在 地										名 称 及 び 医 師 又 は 薬 剤 師 氏 名										
※ 発 病 の 原 因 診 療 の 内 容 及 び 傷 病 の 経 過	1 第三者行為 2 業務上の事故 3 その他																				
療 養 の 給 付 を 受 け る こ と が で き な か っ た 理 由																					

種別区分	1	3	4	1	2	3	4	5	7	8	99	88
	医	歯	調	海外療養費	補装具	柔道	マッサージ	ハリ・ キユウ	移送	その他	特別療 養費	保険者 間調整

上記のとおり療養に要した費用に関する別紙(裏面)証拠書類を添えて申請します。

年 月 日 住所 _____

申請者 氏名 _____
(世帯主)

長 殿 個人番号 _____

電話 () _____

公金受取口座を利用します (利用する場合は口座情報の記入不要)

この支払金は下記の預金口座へ振り込み願います。

銀行	店	預金種目	1. 普通預金	口座番号	_____
信用金庫			2. 当座預金		
信用組合	支所		3. _____	名義人	_____
農 協					

(決定欄は、保険者において必ずご記入ください。)公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。

決 定	件 数	日 数	点 数	費用額	支給額(保険者分)	被保険者等負担分	薬剤負担	その他負担
			(食事療養費)					