

国民健康保険療養費等支給申請書

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------|-----------|----------------|-------------|------|-----------------------------|----------|----------|----------|-------|---|--------------|------|--------------------|-----------|---|--|--------------------|
| 申請者(世帯主)の個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者番号 | | | 4 | 2 | 0 | 5 | 7 | 0 | 海外療養費 | 1:該当 | 給付割合 | 7 | 8 | 9 | 第三者行為 | 1:該当 | | | | | |
| 記号・番号 | 崎15 | | | | | | | | 受給者名 | | | | | | 性別 | 男・女 | | | | | |
| 被保険者(病院等にかかった人)の個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 3 昭 和 | 4 平 成 | 5 令 和 | | | | | 年 | | | 月 | | | 日 | 住所 | | | | | | |
| 公費負担 | 有・無 | 公費負担者番号 | | | | | | | | | | | | | 公費受給者番号 | | | | | | |
| 保険種別 | 1国保 4退職 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | | | | | | | | | | | |
| | 本入 | 本外 | 六入 | 六外 | 家入 | 家外 | 高入一 | 高外一 | 高入7 | 高外7 | | | | | | | | | | | |
| 療養費種別 | 1:一般診療 | | | 2:補装具 | 3:柔整 | 4:あんま マッサージ | 5:はり きゅう | 6:看護 | 7:移送 | 8:その他 | | 10:生血 | | | | | | | | | |
| | 1:医科 | 3:歯科 | 4:調剤 | | | | | | | () | | | | | | | | | | | |
| 傷病名 | | | | | | | | | 補装具を採寸した日または 診療・移送等を行った日 | 平成 令和 | | | 年 | | | 月 | | | 日 | | |
| 診療期間 | ～ | | | | | | | | | | | | 診療実日数 | | | 日 | | | | | |
| 診療及び補装具の装着、移送 の判断等を行った医療機関名 | | | | | | | | | 医療機関 コード | | | | | | | | | | | | |
| 療養の給付を受けることができなかった理由 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり関係書類を添えて申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 令和 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | | | | 住所 | _____ | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | 申請者 氏名 (世帯主) | _____ (印) | | | |
| (あて先) | 長与町 長 | | | | | | | | (電話番号 | - -) | | | | | | | | | | | |
| 振込先 (世帯主 名義) | 銀行 協同組合 | | | | 本店 | | | | 口座 種別 | 1 普通 | 口座 番号 | | | | | | | | | | |
| | 信用金庫 信用組合 | | | | 支店 | | | | | 2 当座 | | 口座 名義 | カタカナ | | | | | | | | |
| 銀行 コード | | | | | 支店 コード | | | | 3 その他 | 漢字 | | | | | | | | | | | |
| 費用額 | | | | | 保険者負担額 | | | | | 一部負担金 | | | | | 他法負担分 () | | | 公費患者負担分 | | | 指定公費(1割) 70~74歳 |
| 請求 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 決定 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

国民健康保険療養費等支給申請書

記入例

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|---------------|---------|------|-------|------|--------------------------|---------|------|-------|---------|----------|---|---|---|-------|---------|--------------|---|---|--|-----------------|--|--|--|--|
| 申請者(世帯主)の個人番号 | | | | | | | | | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | | | | | |
| 保険者番号 | | | 4 | 2 | 0 | 5 | 7 | 0 | 海外療養費 | 1:該当 | 給付割合 | 7 | 8 | 9 | 第三者行為 | 1:該当 | | | | | | | | | |
| 記号・番号 | 崎15・○○○○○○○ | | | | | 受給者名 | 長与 一郎 | | | 性別 | 男 | 女 | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者(病院等にかかった人)の個人番号 | | | | | | | | | | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | | | | | | |
| 生年月日 | 3 | 4 | 5 | 昭 | 平 | 令 | ○ | ○ | 年 | △ | △ | 月 | × | × | 日 | 住所 | 長与町嬉里郷○○○郷○○ | | | | | | | | |
| 公費負担 | 有・無 | 公費負担者番号 | | | | | 公費受給者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険種別 | 1国保 4退職 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 本入 | 本外 | 六入 | 六外 | 家入 | 家外 | 高入一 | 高外一 | 高入7 | 高外7 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 療養費種別 | 1:一般診療 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1:医科 | 3:歯科 | 4:調剤 | 2:補装具 | 3:柔整 | 4:あんまマッサージ | 5:はりきゆう | 6:看護 | 7:移送 | 8:その他 | 10:生血 | | | | | | | | | | | | | | |
| 傷病名 | 右膝靭帯損傷 | | | | | 補装具を採寸した日または診療・移送等を行った日 | 平成 | ○ | ○ | 年 | △ | △ | 月 | × | × | 日 | | | | | | | | | |
| 診療期間 | 令和○○年△△年××日 ~ | | | | | | | | | | 診療実日数 | ○ | 日 | | | | | | | | | | | | |
| 診療及び補装具の装着、移送の判断等を行った医療機関名 | ××××整形外科 | | | | | 医療機関コード | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 療養の給付を受けることができなかった理由 | 補装具が保険適用外のため | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり関係書類を添えて申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 | 住所 | | | | | 長与町嬉里郷○○○郷○○ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 申請者氏名(世帯主) | | | | | 長与 太郎 (印) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (あて先) | 長与町 長 | | | | | (電話番号 ○○○ - ○○○○ - ○○○○) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 振込先(世帯主名義) | 銀行 協同組合 | | | | | 口座種別 | 1 | 普通 | 口座番号 | ××××××× | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 信用金庫 信用組合 | | | | | | 2 | 当座 | | 口座名義 | ナガヨ タロウ | | | | | | | | | | | | | | |
| 銀行コード | 支店コード | | | | | 3 | その他 | 漢字 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 長与 太郎 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 費用額 | 保険者負担額 | | | | | 一部負担金 | | | | | 他法負担分() | | | | | 公費患者負担分 | | | | | 指定公費(1割) 70~74歳 | | | | |
| 請求 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 決定 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |