

国民健康保険療養費支給申請書

受付日 年 月 日
 決定日 年 月 日

保険者名 大和高田市

保険者番号		た 療 養 を 受 け た 者 の 氏 名	個人番号											
被保険者番号			被保険者氏名											
診療年月	年 月		生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成 5.令和 年 月 日										
診療日数	日		性別	1.男 2.女										
制度	1.国保 2.退職 3.老人		本 人 家 族	1.本人入院 2.本人外来 3.未就学者入院 4.未就学者外来 5.家族入院 6.家族外来 7.高齢者入院一般 8.高齢者外来一般 9.高齢者入院7割給 0.高齢者外来7割給										
療養期間	年 月 日 から													
	年 月 日 まで													
所得区分	1.低所得Ⅰ 2.低所得Ⅱ 3.3月超													
種別	海外療養費区分	1	第三者等の有無	1.業務上 2.第三者行為である 3.その他										

1.診療費 2.補装具 3.柔整 4.あんま・マッサージ 5.はり・灸 7.移送 8.その他 9.標準負担額

傷病名										
医療機関コード										
診療を受けた医療機関等の所在地										
診療を受けた医療機関名又は施術師										
支給申請をした理由										
発病又は負傷の理由										

療養に要した費用額		円	食事回数										
審査認定額 ※1		円	療養に要した費用額										
一部負担金		円	食事標準負担額										
支給金額		円											

※金融機関の口座番号を左詰で記載してください。

振 込 先	銀 行 信用金庫 信用組合 農 協	本 店 支 店 出張所	1.普通 2.当座 9.その他	口座番号										
				口座名義人(カタカナ)										

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を揃えて申請します。

年 月 日

大和高田市長 堀内 大造 殿

申請者 住所 _____

氏名 _____ 印

連絡先 _____

国保口座情報 名称 : _____
 口座番号 : _____ 口座種別 : _____
 名義人(カナ) : _____
 名義人(漢字) : _____