

# 国民健康保険療養費支給申請書

一金 円也

上記金額を支給されるよう申請します。

ただし下記内訳のとおり

年 月 日

申請者住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

被保険者 記号・番号				世帯主名								
診療を 受けた人	(フリガナ) 氏名			個人番号			申請者との 続柄					
	住所											
	診療期間	自 至										
	発病負傷日						診療 日数			日		
	傷病名											
	受診した 医療機関	名称	( )				診療科					
		所在地										
	受診状態	入院・外来	受給証	高齢者 3割・高齢者 2割・未就学児								
	費用額	円		うち薬剤 一部負担	円		併用公費又は 福祉の名称					
	審査 認定額	円		交通事故等の第三者行為			有 ・ 無					
療養の給付を 受けることが できなかった 理由												
受取口座	<input type="checkbox"/> 振込口座を利用する。											
1: 現金	振込先	コード	名称		(フリガナ) 口座名義人							
	金融機関											
② 振込	支店				口座番号							
	口座種別	普通・当座・その他 ( )										
点数			総医療費							薬剤一部負担金		
負担率			一部負担額							支給額		