

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	0	0	4	2	0	5	8	8	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	時津								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	時津町						
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	時津町									
										申請者 氏 名 (世帯主)	Ⓔ									
(あて先)										時津町 長	(電話番号 ー ー)									
振込先 (世帯主 名義)	銀行 協同組合								本店 支店	口座 種別	1 普通	口座 番号								
	信用金庫 信用組合										2 当座		カタカナ							
											3 その他 ()			口座 名義	漢字					
	銀行 コード							支店 コード												
	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																				