

国民健康保険療養費支給申請書

|                                                                      |             |                                     |              |      |    |     |           |          |                                   |                   |             |      |       |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------------------|--------------|------|----|-----|-----------|----------|-----------------------------------|-------------------|-------------|------|-------|--|--|--|
| 被保険者番号                                                               |             |                                     |              |      |    |     | 原書番号      | 受付年月日    |                                   |                   | 整理番号        |      |       |  |  |  |
| フリガナ                                                                 |             |                                     |              |      |    |     | 1         | 令和 年 月 日 |                                   |                   |             |      |       |  |  |  |
| 被保険者氏名<br>(患者名)<br>生年月日 3 昭・4 平・5 令 年 月 日 男1<br>・<br>女2              |             |                                     |              |      |    |     | 医療種別      | 国保       | 退職                                | 割合                | 7割          | 8割   | 9割    |  |  |  |
|                                                                      |             |                                     |              |      |    |     | 1         | 本人3      | 扶養4                               |                   | 7           | 8    | 9     |  |  |  |
|                                                                      |             |                                     |              |      |    |     | 世帯主との続柄   | 福祉医療     | 老人乳児                              | 重度障害              | 母子          | こども  |       |  |  |  |
| 住民コード・員番                                                             |             |                                     |              |      |    |     |           |          | 公費                                | 公費番号              | 受給者番号       |      |       |  |  |  |
|                                                                      |             |                                     |              |      |    |     |           |          |                                   |                   |             |      |       |  |  |  |
| 被保険者の個人番号                                                            |             |                                     |              |      |    |     |           |          | 国保資格<br>取得日                       | 3 昭・4 平・5 令 年 月 日 |             |      |       |  |  |  |
| 病院、診療所、薬局<br>その他の者の名称及び所在地                                           |             |                                     |              |      |    |     |           |          |                                   |                   |             |      |       |  |  |  |
| 従事した医師、歯科医師<br>又は薬剤師の氏名                                              |             |                                     |              |      |    |     |           |          |                                   | 交通事故等による<br>第三者行為 | 1 有 2 無     |      |       |  |  |  |
| 種 類                                                                  |             |                                     |              |      |    |     | 表 別       |          |                                   | 入 院               |             | 外 来  |       |  |  |  |
| 1                                                                    | 2           | 3                                   | 4            | 5    | 7  | 8   | 1         | 3        | 4                                 | 1 本入              | 7 高入一       | 2 本外 | 8 高外一 |  |  |  |
| 一般診療                                                                 | 治療用         | 柔 整                                 | アンマ<br>マッサージ | ハリ・灸 | 移送 | その他 | 医科        | 歯科       | 調剤                                | 3 六入              |             | 4 六外 |       |  |  |  |
| 国内                                                                   | 海外          | 装 具                                 |              |      |    |     |           |          |                                   | 5 家入              | 9 高入7       | 6 家外 | 0 高外7 |  |  |  |
| 傷病名                                                                  |             |                                     |              |      |    |     | 療養期間      |          | 平成・令和 年 月 日から<br>平成・令和 年 月 日まで 日間 |                   |             |      |       |  |  |  |
| 負傷年月日                                                                |             | 4平成 年 月 日<br>5令和                    |              |      |    |     | 療養に要した費用  |          |                                   | 審査決定金額            |             |      |       |  |  |  |
| ハリ・灸・アンマ<br>マッサージ                                                    |             | 初検日<br>4平成・5令和 年 月 日 第 回            |              |      |    |     |           |          |                                   |                   |             |      |       |  |  |  |
| 上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。<br>なお、支払いは、下記の名義人の預金口座へ振り替えてください。 |             |                                     |              |      |    |     |           |          |                                   |                   |             |      |       |  |  |  |
| 申請者 〒 ー<br>(世帯主) 住所 _____<br>氏 名 ⑤ 電話 ( ) ー                          |             |                                     |              |      |    |     |           |          |                                   |                   |             |      |       |  |  |  |
| 申請者の個人番号                                                             |             |                                     |              |      |    |     | 保 険 者 番 号 |          |                                   |                   |             |      |       |  |  |  |
| 受取方法                                                                 | 口座振込<br>窓 口 | 銀行<br>コード                           |              |      |    |     | 支店<br>コード |          |                                   |                   | 金<br>額<br>欄 |      |       |  |  |  |
|                                                                      |             | 銀 行 支 店<br>信用(金庫・組合) 出張所<br>農 協 支 所 |              |      |    |     |           |          |                                   |                   |             |      |       |  |  |  |
| 預金<br>種別                                                             | 普通<br>当座    | 口座番号                                |              |      |    |     |           |          |                                   |                   |             |      |       |  |  |  |
| フリガナ                                                                 |             |                                     |              |      |    |     |           |          |                                   |                   |             |      |       |  |  |  |
| 口座名義人                                                                |             |                                     |              |      |    |     |           |          |                                   |                   |             |      |       |  |  |  |
| 下記のとおりで決定します。                                                        |             |                                     |              |      |    |     |           |          |                                   | 海 外 療 養 費         |             |      |       |  |  |  |
| 令和 年 月 日                                                             |             |                                     |              |      |    |     |           |          |                                   | 渡航先国名 ( )         |             |      |       |  |  |  |
| 総 療 養 費                                                              |             |                                     |              |      |    |     |           |          |                                   | 通 貨 単 位 ( )       |             |      |       |  |  |  |
|                                                                      |             |                                     |              |      |    |     |           |          |                                   |                   |             |      |       |  |  |  |
| 決<br>裁                                                               | 課長          | 副課長                                 | 課長補佐         | 係長   | 係  |     | 未納保険料     |          |                                   |                   |             |      |       |  |  |  |
|                                                                      |             |                                     |              |      |    |     | 有 ・ 無     |          |                                   |                   |             |      |       |  |  |  |

|                       |  |
|-----------------------|--|
| 発病又は負傷の原因             |  |
| 傷病の経過                 |  |
| 診療、薬剤の支給<br>又は手当の内容   |  |
| 医療を受けることが<br>できなかった理由 |  |

|                          |           |       |                      |
|--------------------------|-----------|-------|----------------------|
| 窓受<br>口<br>払領<br>い<br>用書 | 支 給 金 額   |       | を領収しました。<br>令和 年 月 日 |
|                          | 住 所       | _____ |                      |
|                          | 申 請 者 氏 名 |       | 印                    |
|                          |           | _____ |                      |

注) 添付書類

ア. 一 般 診 療：領収明細書(レセプト等)、領収書

イ. 海外療養費：診療内容明細書、領収明細書、日本語翻訳文

ウ. 治療用装具：医師の意見書、領収書、領収明細書

エ. アンマ・マッサージ  
ハ リ ャ 灸：医師の同意書、領収明細書

オ. 移 送：医師の意見書、領収書

カ. そ の 他：医師の意見書(同意書)、領収明細書(レセプト等)、領収書

※ 必要に応じて上記以外の書類を添付していただく場合があります。