

# 国民健康保険療養費支給申請書

## 記入例

※赤字の箇所をご記入ください。

- (1) 一般被保険者 (一般・前期)
- (2) 退職被保険者 (本・家)

|                |                            |                  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |             |    |  |
|----------------|----------------------------|------------------|--------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--------|-------------|----|--|
| 被保険者証<br>の記号番号 | 館 ○○○○○○                   | 療養を受けた<br>被保険者氏名 | 館林 太郎              |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 男<br>女 | 世帯主<br>との続柄 | 本人 |  |
|                |                            | 個人番号             | 1                  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 1      | 2           |    |  |
|                |                            | 生年月日             | ○○・○・○○            |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 生      |             |    |  |
| 傷病名            | ○足偏平足等                     | 療養期間             | 年 月 日から<br>年 月 日まで |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |             |    |  |
| 発病・負傷<br>年月日   | 年 月 日                      |                  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        | 日間          |    |  |
| 診病             | 診断書に書かれている<br>病名を記入してください。 | 称                | ○○接骨院 等            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |             |    |  |
| 診病             |                            | 在 地              |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |             |    |  |
| 診療科医師又は薬剤師の氏名  |                            |                  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |             |    |  |
| 療養に要した費用の額     |                            |                  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 円      |             |    |  |

|           |           |                                 |  |  |  |  |  |      |         |  |  |                        |
|-----------|-----------|---------------------------------|--|--|--|--|--|------|---------|--|--|------------------------|
| 口座<br>振込先 | 金融機関<br>名 | ○○ 銀行・労働金庫・<br>信用金庫・農協・<br>信用組合 |  |  |  |  |  |      |         |  |  | 本店・支店<br>出張所・本所<br>・支所 |
|           | 預金の種<br>別 | 普通・当座                           |  |  |  |  |  |      |         |  |  |                        |
|           | 口座        | 店コード                            |  |  |  |  |  | 口座番号 | 1234567 |  |  |                        |
|           | フリガナ      | タテバヤシ タロウ                       |  |  |  |  |  |      |         |  |  | 世帯主との続柄                |
|           | 口座名義<br>人 | 館林 太郎                           |  |  |  |  |  |      |         |  |  | 本人                     |

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。

年 月 日

住所 館林市 新宿 ○-○-○

世帯主 氏名 館林 太郎

(申請人) 電話 (0276) 72 ○○○○

個人番号

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 1 | 2 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

館林市長 様

|         |                   |         |
|---------|-------------------|---------|
| 第三者行為該当 | 令和 年 月診療          | 福祉(有・無) |
|         | 費用額 ①             | 円       |
|         | 一部負担金(1割・2割・3割) ② | 円       |
|         | 支給額 (①-②) ③       | 円       |