国民健康保険療養費支給申請書兼請求書

★太枠内のみご記入ください　　一般

保険者番号	1 3 8 3 7 0	療養を受けた	被保険者名
保険者証記号番号	記号 37ー　番号		（ 1. 世帯主本人　2. 家族 ）
			個人番号
公費負担者番号			生年月日　昭・平・令　年　月　日
公費受給者番号			性別　1. 男　2. 女　入外　1. 入院　2. 外来

診療年月	令和　年　月診療	療養期間	令和　年　月　日から
納付割合	7割　8割　日数　日		令和　年　月　日まで
種類	1. 一般診療【 医科 ・ 歯科 ・ 調剤 】　2. 補装具　3. 柔整　4. あんま・マッサージ 5. はり・きゅう　6. 移送費　7. 海外　8. 生血　9. その他（ 食事差額 ）		
傷病名			
診療を受けた医療機関名又は施術師			
診療を受けた医療機関等の所在地			

支給申請をした理由 ☑	☐ 治療用装具を作成した	☐ 海外渡航中
	☐ 誤って他の健康保険証を使用した	☐ 医師の指示による移送
	☐ やむを得ず健康保険証を持たずに診療を受けた	☐ 輸血用の生血
	☐ 健康保険を扱っていない施設で施術を受けた	☐ その他（　　）

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

振込先（世帯主口座）	金融機関名	銀行　信用金庫　信用組合　協同組合	支店名	本店　支店
	金融機関コード		支店コード	
	口座種別	普通　当座　貯蓄	口座番号	
	口座名義人	ﾌﾘｶﾞﾅ		
		漢字		

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請いたします。

令和　年　月　日

申請者（世帯主）　住所

氏名

個人番号

電話

国分寺市長殿

受付印

受付者