

国民健康保険療養費支給申請書

本人家族区分

【注意】

負傷等の原因が第三者行為にかかる傷病の場合は、第三者行為による傷病届」を添付してください。

太枠内をご記入ください。

被 保 者	記号・番号	— .	療養を受けた方	被保険者名	
	傷病名			個人番号	
	発病・負傷日			生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
	受診月	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	世帯主との続柄	本人・配偶者・子・その他()
入 入 者	診療を受けた医療機関等の名称 又は施術師名及び所在地	名称	医療機関No.		
		所在地	処方箋発行医療機関No.		
が 記 入 す る と こ ろ	診療調剤又は手当に従事した医師、歯科医師、薬剤師等の氏名				
	療養費の支給申請をする理由	<input type="checkbox"/> マイナ保険証等を持たずに医療機関で受診した。(100%で受診した。) <input type="checkbox"/> 国保加入前の保険のマイナ保険証等で受診したため医療費を返還した。 <input type="checkbox"/> 海外の医療機関で受診した。 (訪問の目的 通貨単位) <input type="checkbox"/> その他()			
入 入 者	発病又は負傷の理由			療養に要した費用	
					円
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します。 支給額は、世帯主名義の口座にお振込ください。 令和 年 月 日					
申請者(世帯主) 現住所		新宿区			
氏名					
電話		— —			
新宿区長 あて			個人番号		
振 込 先 (世 帯 主)	銀行名	銀行 信用金庫 信用組合	支店名	本店 支店	
	口座種別	1:普通 2:当座	口座番号	店番	
	口座名義人	フリガナ 氏名			

※世帯主の口座をご記入ください

※事務記入欄※ 実患者負担額【 】円 支払済額【 0 】円

審査決定額	資格区分	一般 退職本人 退職家族
支給決定額	給付割合	7割 8割 9割
食事標準負担額	公費	障 乳 子 親
公費	支給	
充 当 額	充当現年	
差引支給額	充当滞繰	

医保年金受付印	特出受付印

本人(身元)確認書類
 個人番号カード 運転免許証 在留カード パスポート
 その他()()
 個人番号職権記載済み(全員・世帯主のみ・療養を受けた者のみ)

受付者	特出受付者