

国民健康保険療養費支給申請書

本人家族区分	
--------	--

【注意】

(ア) 負傷等の原因が第三者行為にかかると見られる傷病の場合には、必ず訂正印を押して下さい。
 (イ) 記載事項を訂正した場合には必ず訂正印を押して下さい。

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	日間	
入 る と こ ろ	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.	
	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		所在地	処方箋発行医療機関No.	
入 る と こ ろ	療養費の支給申請をした理由 (被保険者証で治療等が受けられなかった理由) 該当するものに✓を、 その他の場合は、理由をご記入ください。		<input type="checkbox"/> 被保険者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被保険者証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()		
	発病又は負傷の理由			療養に要した費用	
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) 氏名 電話			現住所 新宿区 個人番号		
新宿区長 あて			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 金融機関コード 店番 口座種別 1:普通 2:当座 口座番号 口座名義人 氏名		

※事務記入欄※ 実患者負担額【 0 】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	医療年金受付印	特出受付印
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			
本人(身元)確認書類 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他() () <input type="checkbox"/> 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