

収納	レセ	審査	受付	決定

年 月分国民健康保険療養費支給申請書



資格区分	一般	退本	退扶	負担割合 1 2 3			療養の内訳	・診療費 ・補装具 ・海外療養費 ・特別療養費 ・移送 ・その他			
未就	65歳未満	前期	70歳以上			療養の内訳			入院・外来		
			低I	低II	課税	現I	現II	現III			
療養に要した費用		療養を受けた方の氏名・生年月日		請求額		療養を受けた方の個人番号		傷病名		別紙のとおり	
療養を受けた医療機関	住所	別紙のとおり		発病の理由		療養の内容		別紙のとおり			
	医療機関名	別紙のとおり		療養の内容		療養期間		年 月 日 から		年 月 日 まで	
	担当医氏名	別紙のとおり		療養期間		療養期間		年 月 日 から		年 月 日 まで	
発病年月日		年 月 日		療養期間		療養期間		年 月 日 から		年 月 日 まで	
療養の給付を受けることができなかった理由		1. 旅行中の急患		2. 資格取得後被保険者証の交付を受けるまでの間		3. 資格証交付のため		4. 緊急・その他 ( )			

※ 以下の太枠内を記入してください

受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。										
金融機関				銀行	農協	本店		普通			
				金庫	漁協	支店		当座			
				組合		出張所		その他			
口座番号	←左詰め（7ケタ）で記載してください。【例：0000567】										
(カタカナ) 口座名義人											

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

申請者氏名 (世帯主)

個人番号

電話 (連絡先)

被保険者記号・番号

字挿入 字抹消

本庁受付印	支所受付印	資格確認	有・無	身分確認	有・無	第三者行為の有無	有・無
		滞納の有無	有・無	全額充当	一部充当	全額本人支給	収納班担当者名