

# 国民健康保険療養費支給申請書

記号番号		療養を受けた被保険者氏名		入院 外来
個人番号				
傷病名	別紙のとおり	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	資格
発病等年月日		一般・退職区分	一般 ・ 退職本人 ・ 退職扶養	歳
療養期間又は装具着用日	年 月 日 ~ 年 月 日 日間			1割
診察等を受けた医療機関等の名称及び所在地				2割
診療等に従事した医師 歯科医師・薬剤師の氏名				3割
療養の給付等を受けることができなかった理由	装具 ・ 一般診療	発病の原因		
		傷病の経過		
療養の費用の額		療養内容		
<p>療養の費用の額に関する証拠書類を添付して、上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所 富士宮市</p> <p style="text-align: center;">世帯主氏名</p> <p style="text-align: center;">電話</p> <p style="text-align: center;">富士宮市長 あて</p>				
費用額		1. 口座振込 ※世帯主名義の口座をご記入ください		
一部負担金		銀行 本店 信用金庫 農協 支店 労働金庫		
支給額		普通・当座	口座番号	
受付者	子ども医療	重度障害	口座名義 (カタカナ)	
2. 窓口払い				
<input type="checkbox"/> 添付書類 1. 領収書 2. 証明書（意見書） 3. 診療報酬明細書（調剤報酬明細書）				
受付者 チェック欄 <input type="checkbox"/> 口座は世帯主名義のものか ※社保無資格受診は請求書の写し				
備考：				