

## 国民健康保険 療養費支給申請書

那賀町長殿

次のとおり、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。(申請日) 年 月 日

【太枠内は記入必須です】

種別・領収ごとの申請となります。申請から支給までは数ヶ月の期間を要します。また審査の結果、不支給になる場合もあります。国保税に未納がある場合、支給できません。

(世帯申請者)	住所	〒 -
	世帯主氏名	(普主・擬主)
	電話番号 携帯電話	

被保険者証 記号番号	那賀 (記号)	(番号)	診療年月	年 月	
療養を受けた 被保険者氏名	フリガナ	性別	男・女	続柄	普主本人・家族
		生年月日 (年齢)	年 月 日	(年齢)	歳
傷病名		発病又は負傷 の原因	<input type="checkbox"/> 第三者行為による傷病 ( <input type="checkbox"/> 届出済 ) <input type="checkbox"/> その他		
療養の 対象期間	(自) 年 月 日 ~ (至) 年 月 日	診療日数	日間		
療養に要した 費用(費用額)	円	支払(領収)日 年 月 日	療養費の 支給申請 理由	1. 医師の指示による治療用補装具作成のため 2. 緊急の受診で保険証を持参できなかったため 3. 他保険資格喪失後の受診のため 4. その他( )	
療養の手当等 を受けた 医療機関等	所在地				
	名称	[医療機関コード]			
療養その他に従事した 医師その他氏名		入外 区分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	※一般診療 種別	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他
※ 食事・生活 療養費差額	食事 回数	回	入院期間に受けた食事・生活療養 に対し支払った額(標準負担額)	円	<input type="checkbox"/> 長期入院該当 ( 年 月 日 )
※ 移送費	移送 経路	から まで	移送 方法	付添人	住所 氏名
支給方法	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する(下欄にご記入ください) <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する(個人番号 )				
振込 口座	金融 機関	銀行・農協 信用金庫・組合			本店 支店
		金融機関コード	支店コード	預金種目	口座番号(右づめ)
	口座名義人	フリガナ	1普通 2当座		区分 <input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 世帯員 (※原則、世帯主口座)

## ※ 町処理欄

療養費 種別	<input type="checkbox"/> 一般診療 <input type="checkbox"/> 補装具 <input type="checkbox"/> 柔道整復師 <input type="checkbox"/> あんま・マッサージ <input type="checkbox"/> はり・きゅう <input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> 移送 <input type="checkbox"/> 生血 <input type="checkbox"/> 食事療養費差額 <input type="checkbox"/> 生活療養費差額 <input type="checkbox"/> 海外療養費 <input type="checkbox"/> その他				給付 割合	7割・8割・9割		
宛番号	負担 区分	ア・イ・ウ・エ・オ 現Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ/低Ⅰ・Ⅱ	本家 入外	本人・家族・未就学者・高齢者一般・高齢者7割 (入院・外来)				
審査請求	年 月	費用額	円	一部負担	円	見込額	円	<input type="checkbox"/> 再審査( 月 )
支給決定	年 月	費用額	円	一部負担	円	支給額	円	修正(有・無)
他助成	重度/未就学/その他		( ) 特別療養費(資格証明書)	支給決定年月日	年 月 日			
受付	口座確認	添付書類	(一般診療)	(その他)	収納状況	処理		
	<input type="checkbox"/> 預金通帳等 <input type="checkbox"/> 公金口座(有・無) (照会)	<input type="checkbox"/> 領収書及び明細書原本 <input type="checkbox"/> 医師等の証明書、 作成指示書等の原本	<input type="checkbox"/> 領収書原本 <input type="checkbox"/> レセプトの写し	<input type="checkbox"/> 海外療養費申請書類 <input type="checkbox"/> その他	未納 有・無			