

国民健康保険療養費支給申請書兼請求書

原書番号	受付年月日			整理番号
1	令和	年	月	日
医療種別	国保	退職		割合
	1	本人3	扶養4	
世帯主の続柄	福祉医療	老人	乳児	重度障害
		41・42	80・81	43・44・82・83
母子	子ども	84・85		47・48
公費	公費		受給者番号	
国保資格取得年月日	3 昭和 4 平成 5 令和	年	月	日

被保険者番号	フリガナ
被保険者氏名 (患者名)	男 1 女 2
生年月日	昭・平・令 年 月 日
個人番号	

病院・診療所・薬局
その他の者の名称及び所在地 別紙のとおり

従事した医師・歯科医師・薬剤師
その他の者の氏名 別紙のとおり

種類								表別			入院		外来	
1	2	3	4	5	7	8	1	3	4	1 本入	7 高入一	2 本外	8 高外一	
一般診療	補装具	柔整	アンマ マッサージ	ハリ・灸	移送	その他	内科	歯科	調剤	3 六入 5 家入	9 高入7	4 六外	6 家外	
国内	海外												0 高外7	

傷病名	別紙のとおり		療養に要した期間	平成・令和 年 月 日 から 日間 平成・令和 年 月 日 まで
負傷年月日	3 昭和 4 平成 5 令和	年 月 日	療養に要した費用	
ハリ・灸 アンマ マッサージ	初検年月日	平成 令和 年 月 日	第 回 薬・食事負担分(円)	
審査決定金額				

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。
令和 年 月 日

申請者 (世帯主) 住所 _____

加古川市長様 氏名 _____ 電話 _____

個人番号	宛名番号
------	------

受領方法	口座払・窓口払・充当払	保険者番号	280115
振込先金融機関	銀行・信金 農協・信組	本店 支店 支所	海外 食事
種別	1. 普通(総合) 2. 当座 4. 貯蓄	口座番号	渡航先国名
フリガナ		通貨単位	金 額 欄
口座名義人氏名			

※預貯金口座の名義が申請者(請求者)と異なる場合は以下の委任状に記名捺印して下さい。

委任状

令和 年 月 日下記の者を受任者と定め、療養費受領の権限を委任します。

受任者住所 _____

氏名 _____

委任者氏名(署名又は記名押印) _____

印 担当者