

国民健康保険療養費等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																															
被保険者記号・番号												医療種別		国保		退職		割合		7割		8割		9割																			
												1		本人3		扶養4		7		8		9																					
フリガナ												世帯主と続柄		福祉医療		老人		乳児		重度障害				母子		子ども																	
被保険者氏名 (患者名)		男 1 女 2										41・42		80・81		43・44・82・83				84・85		47・48																					
生年月日		3 昭・平・令 年 月 日										公費		公費		受給者番号																											
個人番号												国保資格取得年月日		3 昭和 4 平成 5 令和		年 月 日																											
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 一般診療		2 補装具		3 柔整		4 アンマ マッサージ		5 ハリ・灸		7 移送		8 その他		1 内科		3 歯科		4 調剤		1 本入		7 高入一		2 本外		8 高外一																	
国内		海外												3 六入						5 家入		9 高入7		4 六外																			
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				審査決定金額																											
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)																															
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																																											
〒 ー																																											
申請者 (世帯主)		住所																																									
加古川市長様		氏名										電話 ー ー																															
		個人番号										宛名番号																															
受領方法 (該当に○)		公金口座払 ・ 口座払 ・ 充当払 ※口座払のみ振込先情報をご記入ください。										保険者番号				280115																											
振込先金融機関												本店 支店 支所												海外				食事															
銀行・信金 農協・信組																								渡航先国名																			
種別												1. 普通(総合) 2. 当座 4. 貯蓄												口座番号												通貨単位							
フリガナ																								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。																								受付印																			
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																			