

国民健康保険・療養費支給申請書

保険者番号	1 3 8 4 2 0	療養を受けた	被保険者名	拍江 太郎	
記号・番号	42 - 〇〇 ・ 〇〇〇〇		生年月日	〇〇年 〇月 〇〇日	
公費負担者番号			性別	1. 男	2. 女
公費受給者番号		該当の方は必ず記入してください	割合	7 割	8 割 9 割
資格区分	一般	退職本人	退職扶養	〇〇年 〇月 〇〇日から	
前期高齢者	1 前期高齢者	(該当の場合は○)		療養期間	
診療年月	平成 〇〇年 〇月	診療		〇〇年 〇月 〇〇日から	
種類	1. 一般診療 (海外療養費含む) 2. 補装具 3. 柔整 4. あんま・マッサージ 5. 鍼灸 7. 移送費 8. その他 (生血) 9. 特別療養費				
傷病名	〇〇症による筋萎縮 ※ 医師の同意書が必要です				
診療を受けた医療機関等の所在地	△△市 ××町 ○-○-○				
診療を受けた医療機関名又は施術師	〇〇治療院				
支給申請をした理由	治療のため				
発病又は負傷の理由					

療養に要した費用額	食事日数
審査認定額※1	療養に要した費用
薬剤一部負担金	食事標準負担額
一部負担金	支給額

振込先	銀行名	みずほ 銀行 信用金庫	支店名・店番号	拍江 支店 (店番号 258)
	口座種別	普通 当座	口座番号	0 1 2 3 4 5 6
	口座名義人	フリガナ 漢字	コマエ タロウ 拍江 太郎	

国民健康保険法第54条・第54条の3の規定により、療養につき算定した費用に関する証拠書類を添えて申請いたします。

〇〇年 〇月 〇〇日

世帯主 住所 拍江市 和泉本町 1-1-5

氏名 拍江 太郎

電話 03-3430-1111

(宛先) 拍江市長 あて