

# 国民健康保険 療養費支給申請書

我孫子市

保険者番号	1 2 0 2 2 0	療養を受けた 被保険者	個人番号																	
記号・番号	我 -		氏名																	
診療年月	年 月		生年月日	昭・平・令	年	月	日	性別	男・女											
保険種別	一般 退職																			

※太枠の中のみ記載してください。

医療機関等の 所在地																		
医療機関名																		
及び医師名																		
療養費種別	1. 一般診療(海外療養費) ② 補装具 3. 柔整 4. あんま・マッサージ 5. はり・きゅう 6. 看護 7. 移送 8. その他 9. 標準負担額差額 10. 生血																	
点数表区分	1. 医科 2. DPC 3. 歯科 4. 調剤 5. 施設療養費 6. 訪問看護																	
入院外来	1. 本人入院 2. 本人外来 3. 未就学者入院 4. 未就学者外来																	
	9. 高齢者入院7割給 0. 高齢者外来7割給																	

訂正する場合は、二重線で消し、訂正者の認印を押してください。

傷病名、原因 及び経過																		
申請の理由	医師の指示により装具の装着が必要なため																	
療養期間	年 月 日から 年 月 日 日間												第三者行為		有・無			
療養に要した費用(A)	支給額																	
薬剤一部負担金(B)																		
患者負担額(C)	審査会認定(A)																	
食事に要した費用(D)	審査会認定(D)																	
食事標準負担額(E)																		

振 込 先	銀行名/コード											支店名/コード														
	口座番号											口座種別	1. 普通 2. 当座 3. 別段 4. 貯蓄預金 9. 他													
	名義人(カナ)																									
	名義人(漢字)																									
上記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いたします。																										
我孫子市長 あて																										
日付: 令和 年 月 日																										
世帯主:住所																										
個人番号 <input style="width: 100px;" type="text"/>																										
氏名 <input style="width: 100px;" type="text"/> 印 <input style="width: 100px;" type="text"/>																										
連絡先 <input style="width: 100px;" type="text"/>																										

窓口個人番号確認	S・C担当	本庁窓口受付	担当	入力	入力(連)
<input type="checkbox"/> 照合済(個番カ・通知カ・個番号入住民票)					
<input type="checkbox"/> 本人確認済( )	照合未				