

国民健康保険 療養費支給申請書

国名

通貨

※太わくの中のみ記載して下さい

| | | | | | |
|------------------------------------|---|-------------------|-------------|--------------------------------|---|
| 保険者番号 | 1 2 0 1 2 1 | (療養を受けた) 被保険者名 | | | |
| 記号・番号 | 倉 - | 生年月日 | 年 月 日 | | |
| 公費負担者番号 | | 性別 | 1. 男 2. 女 | 日数 | 日 |
| 受給者番号 | | 入院外来 | 1. 入院 2. 外来 | 食事回数 | 回 |
| 個人番号 | | 第三者行為 1.有 2.無 | | | |
| 保険制度 | 1. 国保 4. 退職(退職本人・退職扶養) | 給付割合 | 7割 8割 | | |
| 高齢者・乳幼児 | 1. 70歳以上高齢者 2. 6歳(未就学者) | 療養期間 | 年 月 日 から | | |
| 診療年月 | 年 月 診療 | | 年 月 日 まで | | |
| 療養費種別 | 01. 一般診療 (1. 海外療養費) 02. 補装具 03. 柔整 04. あんま・マッサージ 05. はり・きゆう 06. 看護 07. 移送 08. その他 09. 標準負担額差額 10. 生血 | | | | |
| 傷病名 | | 疾病コード | | 受領委任 コード | |
| 診療を受けた医療機関 等の所在地及び名称 | | 機関コード | | | |
| 申請の理由 | | 発病又は、 負傷の原因 | 長期 | 長期高額 | |
| | | | | 1. 低Ⅰ 2. 低Ⅱ | |
| 診療・調剤又は、手当てに従事した医師、歯科医師、薬剤師等の名称 | | | | 第 二 法 別 | |
| 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 | 支店 | |
| | 口座番号 | | 預金種目 | 1. 普通 2. 当座 3. 別段 4. 貯蓄預金 9. 他 | |
| | 口座名義人 | フリガナ | | | |
| 備考 | | | | | |
| 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。 | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | |
| 世帯主 住所 _____ | | | | | |
| 氏 名 _____ 印 | | | | | |
| 個人番号 _____ | | | | | |
| 電 話 _____ | | | | | |
| 宛て先 佐倉市長 _____ | | | | | |

*世帯主名義以外の口座に振り込む場合は、下記委任状に世帯主住所・氏名の記入と押印が必要です。

私は、上記口座名義人を代理人と定め、療養費の受領に関する一切の権限を委任します。

(世帯主住所)

(世帯主氏名)

印