

# 国民健康保険療養費支給申請書

被保険者番号							1	原書番号	受付年月日	整理				
フリガナ							1	受診者の氏名・生年月日等をご記入ください。						
被保険者氏名							医療種別							
(患者名) 三田 ハッピー 男1							世帯主	こども						
生年月日							続柄	医療	41・42	80・81	43・44・82・83	84・85	47・48	
住民コード・員番							公費	公費番号		受給者番号				
被保険者の個人番号							国公資格取得日	3昭・4平・5令 年 月 日						
病院、診療所、薬局その他の者の名称及び所在地							交通事故等による第三者行為							
従事した医師、歯科医師又は薬剤師の氏名							1 有		2 無					
種類							表別		入院		外来			
1 一般診療							1 医科		1 本入		2 本外			
2 治療用器具							3 歯科		3 六入		4 六外			
3 柔整							4 調剤		5 家入		6 家外			
4 アンママッサージ							5 その他		7 高入1		7 高入7			
5 ハリ・灸							6 移送		8 高外1		8 高外7			
6 移送							7 その他		9 高入7		0 高外7			
7 その他							8 医科		9 高入7		0 高外7			
8 その他							9 医科		9 高入7		0 高外7			
傷病名							療養期間		平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで 日間					
負傷年月日							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							初検日		4平成・5令和 年 月 日 第 回					
上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証書類を添えて なお、支払いは、下記の名義人の預金口座へ振り替えてください							世帯主の氏名・住所等 をご記入ください。							
申請者 氏名							669-1595							
(世帯主) 住所							三田市三輪2-1-1							
氏名							三田 キッピー							
※手書きしない場合は記名押印							電話 (079)〇〇〇 - ××××							
申請者の個人番号							保険者番号		280206					
受取方法							銀行コード		9 9 9 9		支店コード		9 9 9	
口座振込							銀行		三田		支店		三田	
窓 口							信用(金庫・組合)		さんだ		出張所		支所	
預金種別							普通		当座		口座番号		7654321	
フリガナ							サンダ キッピー							
口座名義人							三田 キッピー							
下記のとおりに決定します。							海外療養費							
令和 年 月 日							渡航先国名 ( )							
総療養費							支給決定金額							
							通貨単位 ( )							
決裁							課長		副課長		課長補佐		係長	
							係				未納保険料		有・無	