国民健康保険療養費支給申請書

入院	外来
1. 本入	2. 本外
3. 六入	4. 六外
5. 家入	6. 家外
7. 高入一	8. 高外一
9. 高入7	0. 高外7

1. 一般　4. 退職　　令和　　年　　月分

療養を受けた被保険者氏名	男・女	保険者番号	3 0 0 0 0 6 1
生年月日	昭・平・令　年　月　日	被保険者証記号・番号	和　6
療養を受けた被保険者の個人番号			
発病負傷年月日	令和　年　月　日	療養期間	令和　年　月　日から
療養の種別		日間（療養が行われた日）	令和　年　月　日まで
傷病名			
疾病又は負傷は第三者の行為(交通事故・けんか等)によるものですか	はい・いいえ	第三者の氏名及び住所	
診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院・診療所・薬局その他の者の名称及び所在地		発病又は負傷の原因	
診療、調剤又は手当に従事した医師、歯科医師、薬剤師その他の氏名		傷病の経過	
療養費の支給申請をした理由（被保険者証で治療等が受けられなかった具体的な理由）		療養内容	
備考		受付	

療養に要した費用額	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　　〒　－

申請者（世帯主）　住所　田辺市

(フリガナ)

氏名

電話番号

田辺市　宛て　　申請者の個人番号

支払方法	口座振替・窓口払・充当	窓口払先	本庁・龍神・中辺路・大塔・本宮

振込先	金融機関名	支店名	預金種別
	銀行・農協・信金・その他	支店 支所	1 普通　・　2 当座
	口座名義人		口座番号
	カナ		
	漢字		

保険者記入欄　担当課:保険課　2 1 0 6 0 4 0 0

新規	個人コード		金融機関コード
変更	相手方番号	5 0 0 0 0	担当者　内線

・診療年月　R　年　月　・療養費種類　・入外別　・医療機関コード

・委任区分　①一部充当　円　②全部充当　円　③支給分　円　・保留区分

審査認定額	円	食事療養	回		円
一部負担金	円		食事標準負担額		円
保険者負担額	円		保険者負担額		円

※太線内については連合会にて記載します。