



国民健康保険療養費支給申請書

年 月 診療分 (入院 ・ 外来)
 医科 歯科 調剤 治療用装具 海外療養費 その他 ()

被保険者証 記号番号		療養を受けた 被保険者氏名		個人番号	
療養の給付 を受けるこ とが出来な かった理由	<input type="checkbox"/> 治療用必要な装具の製作者は医療機関でない為に療養給付が受けられなかった <input type="checkbox"/> 緊急で被保険者証を不携帯だった <input type="checkbox"/> 他保険資格喪失後の受診 <input type="checkbox"/> その他 ()				

振込先	<input type="checkbox"/> 公金受取口座 (マイナンバーカードに登録した口座) を利用する (利用する者は口座情報の記入不要)					
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する					
	銀行 農協 信組 信金	本店 支店 出張所	口座種別	普通	当座	
フリガナ 口座名義人			口座番号			

(世帯主と口座名義人が違う場合は、この欄に署名してください。)
 上記名義人口座への振込を了承します。 世帯主氏名

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します。

年 月 日

世帯主 住 所 安芸高田市 町 番地

氏 名

個人番号

電話番号

安芸高田市長 様

[受付時確認] 添付書類等	治療用装具	<input type="checkbox"/> 医師の指示書と装着証明書 (原本) <input type="checkbox"/> 領収書 (原本)	受付者印
	医療費	<input type="checkbox"/> 診療報酬等請求明細書 <input type="checkbox"/> 領収書 (原本)	
	支払い	<input type="checkbox"/> 口座振込み <input type="checkbox"/> 現金 (本庁窓口支払い)	
	第三者行為の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

以下記入不要

療養期間	年 月 日から 月 日まで 日間		
診療又は調剤に従事した医師、歯科医師 又は薬剤師の名前			
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	名称		
	所在地		
傷病名及びその原因	発病負傷年月日		年 月 日
傷病の経過	療養内容		
①給付率	0.7	0.8	0.9
②療養につき算定した費用の額			
③審査結果の増減額			
④審査決定費用額			
⑤支給決定額 (審査決定費用額 × 給付率) ④ × ①			
区分	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退職本人 <input type="checkbox"/> 退職扶養 <input type="checkbox"/> 前期一般 (低 I ・ 低 II) <input type="checkbox"/> 前期現役並み <input type="checkbox"/> 未就学		
	<input type="checkbox"/> 原爆 <input type="checkbox"/> 乳幼児 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> ひとり親		