

国民健康保険療養費支給申請書（ 年 月診療分）

[内訳] 医科 歯科 調剤 治療用装具 柔道整復 海外療養費(医科・歯科) その他()
 障 乳 子 青 親 - 3 高2 高3 7割 8割
 保険者番号 138206

記号番号	20	療養を受けた人の氏名	(フリガナ)						
傷病名	生年月日		昭和・平成・令和	年	月	日			
	発病・負傷日	年 月 日	療養を受けた人の個人番号						
医療機関所在地・医療機関名称・医師名			レセプト・指示書・意見書のとおり						
交通事故・傷害・労災による受診の場合はチェックしてください。 交通事故 第三者による傷害 労災									
療養費の支給を申請した理由	資格確認ができずに医療機関で受診し、医療費の10割を自己負担した。 前期高齢者だが高齢受給者証を持たずに医療機関で受診し医療費の3割を自己負担した。 補装具製作で保険契約がなかった。 以前加入していた保険の資格で医療機関を受診した。 海外の医療機関で受診した。(滞在年月日 / / ~ / /) 訪問の目的 訪問した場所 支払通貨 その他()								
世帯主の振込口座	該当するにチェックしてください。	公金受取口座を利用する。(利用する場合は口座情報の記入は不要です。) マイナンバーカード(両面)の写しを同封してください。							
		振込口座を指定する。(以下の口座情報をご記入ください。)							
	銀行コード	銀行・信用金庫 信用組合・農協			支店コード	支店 出張所			
	口座名義 (カタカナで)	口座番号 預金種別 普通							
上記のとおり国民健康保険療養費として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。 なお、支給決定後、下記の支給決定金額を請求しますので、世帯主口座にお振り込みください。 年 月 日 住所 _____ 世帯主 氏名 _____ 世帯主個人番号 _____ 電話番号 () _____ 練馬区長殿									

以下職員記入欄

資格取得年月日	S H R 年 月 日	資格喪失年月日	S H R 年 月 日	受付者名	
来庁者本人確認	<input type="checkbox"/> 主 <input type="checkbox"/> 他()		<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 資格確認書等 <input type="checkbox"/> 聴聞 <input type="checkbox"/> 他()		

男・女	公費負担者番号				公費受給者番号				
療養期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	日数	日	入院・外来				
療養に要した費用額	円	審査認定額	円						
一部負担金	円	支給額	円						
食事に要した費用	円	食事保険者負担額	円						
食事回数	回	食事標準負担額	円	支給決定金額(総支給額)	円				