

# 国民健康保険療養費支給申請書

年 月 診療分

保険者名 香芝市 保険者番号 290718

被保険者証記号番号		奈30-		療養を受けた者	氏名				男・女
療養期間	年 月 日から				個人番号				
	年 月 日まで 日間				生年月日		1.昭	2.平	3.令
傷病名		傷病の原因		1. 疾病等 2. 交通事故等第三者行為 3. 労災事故		入外区分	1: 入院 2: 外来	給付割合	7割 8割 9割 10割
請求区分	1	2	3	4	5	6	7	8	海外療養費 1: 該当
	一般 6歳～64歳	一般 65歳～69歳	一般 70歳以上 (1割負担)	一般 70歳以上 (2割負担)	一般 70歳以上 (3割負担)	一般 未就学児	退職 6歳～64歳	退職 未就学児	
種 類	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	医科	歯科	調剤	補装具	柔整	あんま・ マッサージ	はり・灸	その他 ( )	移送
診療を受けた医療機関		名称				医療機関コード			
		所在地							
支給申請をした理由 <small>(保険証で治療が受けられなかった理由)</small>						診療調剤又は手当に従事した医師、歯科医師、薬剤師その他の者の氏名			
療養に要した費用額						食 事 回 数			
審査認定額 ※ 1						療養に要した費用額			
一 部 負 担 金						食 事 標 準 負 担 額			
支 給 金 額									

※ 太枠内を記入してください。

※金融機関の口座番号を左詰で記載して下さい。振込月については最短で3ヶ月後となります。

振込先	銀行	本店	口座番号		
	信用金庫	支店		口座名義人 (カタカナ)	
	信用組合	出張所			
	農協		1. 普通		
			2. 当座		
			9. その他		
銀行コード		支店コード			

### 委任状

※ 受取人が世帯主と異なる場合は、必ずご記入ください。

口座名義人を代理人と定め、受領に関する権限を委任します。

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。

令和 年 月 日

<あて先> 香芝市長

申請者  
(世帯主)

住 所

氏 名

個人番号

電話番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

— —