

## 国民健康保険療養費等支給申請書

申請者(世帯主)の個人番号																					
保険者番号			4	2	0	0	5	9	海外療養費	1:該当	給付割合	7	8	9	第三者行為	1:該当					
記号・番号	大村								受給者名						性別	男・女					
被保険者(病院等にかかった人)の個人番号																					
生年月日	2 大 正	3 昭 和	4 平 成	5 令 和					年			月			日	住所	大村市				
公費負担	有・無		公費負担者番号						公費受給者番号												
保険種別	1国保 4退職																				
	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											
療養費種別	1:一般診療			2:補装具	3:柔整	4:あんま マッサージ	5:はり きゅう	6:看護	7:移送	8:その他		10:生血									
	1:医科	3:歯科	4:調剤							( )											
傷病名									補装具を採寸した日または 診療・移送等を行った日	令和		年		月		日					
診療期間	～											診療実日数		日							
診療及び補装具の装着、移送 の判断等を行った医療機関名									医療機関 コード												
療養の給付を受けることができなかった理由																					
上記のとおり関係書類を添えて申請します。																					
令和 年 月 日												住所 大村市									
												申請者 氏名 (世帯主)									
(あて先) 大村市長												(電話番号 - - )									
振込先 (世帯主 名義)	銀行 協同組合				本店				口座 種別	1 普通	口座 番号										
	信用金庫 信用組合				支店					2 当座		口座 名義	カタカナ								
銀行 コード					支店 コード				3 その他	漢字											
	費用額				保険者負担額				一部負担金				他法負担分 ( )		公費患者負担分		指定公費(1割) 70~74歳				
請求																					
決定																					