ID : 99002

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	2	3	4	5	6	7	8	9	0
	本入	本外	六入	六外	家入	家外	高入一	高外一	高入7	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）　　㊞

（電話番号　　ー　　ー　　）

（あて先）　大村市長

振込先（世帯主名義）	銀行　協同組合　信用金庫　信用組合	本店　支店	口座種別	1 普通　2 当座　3 その他（ ）	口座番号	
	銀行コード	支店コード			口座名義	カタカナ　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						