

# 国民健康保険 療養費支給申請書

※太わくの中のみ記載して下さい

保険者番号		1 2 0 0 8 9	(療養を受けた) 被保険者名			
記号・番号		野田 一		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
公費負担者番号				性別	1.男 2.女	日数 日
受給者番号				入外区分	1.入院 2.外来	食事回数 回
個人番号						
保険制度		1.一般 4.退職(本人・扶養)		給付割合	7割 8割 9割	
高齢者・乳幼児		1.70歳以上高齢 2.未就学児		療養期間	年 月 日から	
診療年月		年 月 診療			年 月 日まで	
療養費種別		01. 一般診療(医・歯・調・訪問看護)(特別療養費・海外療養費) 02. 補装具 03. 柔整 04. あんま・マッサージ 05. はり・きゅう 06. 移送 07. 生血 08. その他( )				
傷病名		別紙のとおり		疾病コード	受領委任コード	
診療を受けた医療機関等	所在地	別紙のとおり		機関コード		
	名称	別紙のとおり		申請の理由		長期 1. 長期高額 1. 低I 2. 低II
発病又は負傷の原因		<input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> 第三者行為以外		1. 社保資格喪失後受診のため 2. 医師が必要と認めたため 3. その他 ( )		第 二 法 別
診療・調剤又は、手当てに従事した医師、歯科医師、薬剤師等の名称		別紙のとおり				
療養に要した費用(A)				支 給 額		
薬剤一部負担金(B)				審査会認定(A)		
患者負担額(C)				審査会認定(D)		
食事に要した費用(D)						
食事標準負担額(E)						
振込先	銀行名/コード			支店名/コード	支店	
	口座番号			預金種目	1.普通 2.当座 3.別段 4.貯蓄 9.他	
	口座名義人(世帯主)	フリガナ			備考	
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いたします。						
年 月 日						
世帯主 住 所 野田市						
氏 名						
個人番号						
電 話						
(宛先) 野田市長						

子ども医療案内(不要・要)  滞納確認(無・有) 受付者( )  
 収税課案内(不要・要)  
 担当: