

国民健康保険 療養費・特別療養費 支給申請書

保 険 者 番 号	1	2	0	1	6	2		(療養を受けた) 被保険者名										
被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	1	6	—						生 年 月 日	3.昭	4.平	5.令	年	月	日			
公 費 負 担 者 番 号								入院外来	1. 入院 2. 外来	日 数		日						
受 給 者 番 号									食事回数		回							
個 人 番 号									第 三 者 行 為	1. 有 2. 無								
保 険 制 度	国保							給 付 割 合	7割	8割								
高 齢 者 ・ 乳 幼 児	1. 70歳以上高齢者 2. 6歳(未就学者)							療 養 期 間	4. 平成 5. 令和	年	月	日	から					
診 療 年 月	4. 平成 5. 令和 年 月 診療								4. 平成 5. 令和 年 月 日まで									
療 養 費 種 別	01. 一般診療 (1. 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. 看護 07. 移送 08. その他 09. 標準負担額差額 10. 生血																	
傷 病 名								疾 病 コー ド				受 領 委 任 コ ー ド						
診療を受けた医療機関 等の所在地及び名称								機 関 コー ド										
								発 病 又 は、 負 傷 の 原 因						長 期	長期高額 1. 低Ⅰ 2. 低Ⅱ			
申 請 の 理 由														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																		
療 養 に 要 し た 費 用 (A)								支 給 額										
薬 剤 一 部 負 担 金 (B)																		
患 者 負 担 額 (C)								審 査 会 認 定 (A)										
食 事 に 要 し た 費 用 (D)								審 査 会 認 定 (D)										
食 事 標 準 負 担 額 (E)																		
振 込 先	☐ 公金受取口座を利用する(利用する者は口座情報の記入不要) 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出が不要になります。																	
	☐ 振込口座を指定する																	
	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. 貯蓄預金 9. 他									
	口座名義人	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。																		
令和 年 月 日																		
世帯主 住 所																		
氏 名																		
個人番号																		
電話番号																		
習志野市長 宛て																		