

療養に要した費用	円	審査決定費用額	円	決定金額	円
----------	---	---------	---	------	---

国民健康保険療養費支給申請書						(一般・退本・退扶)	
被保険者証 記号番号	療養を受けた 被保険者名 〔個人番号〕		世帯主 との続柄	本人・妻・ 夫・子・ その他 ()			
傷病名	別紙のとおり		生年月日	年 月 日			
発病・負傷 年 月 日	療 養 期 間		年 月 日から 年 月 日まで		日 間		
診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、 診療所、薬局その他の者の名称及び所在地			別紙のとおり				
診療又は調剤に従事した医師歯科医師又は 薬剤師の氏名			別紙のとおり				
発病の 原因	<input type="checkbox"/> 一般疾病 <input type="checkbox"/> 第三者行為	傷病の 経過	療 養 内 容				
療養の給付を 受けできなかった 理由(注)	-----			療 養 に 要 した 費 用	円		
上記のとおり申請します。 年 月 日 世帯主 住所 大府市 町 大府市長殿 氏 名 個人番号 T E L () 局 番							
口座 振 込	(振替先金融機関名) 銀行 支店 信用金庫 農協		(預金種目) 普通 当 座	(口座番号)			
	(フリガナ) 預金名義人						
処 理	受 付 印	資 格 の 有 無	給 付 台 帳	支 給 決 定 通 知	支 払 完 了		

※ 下記の場合は次の書類を提出してください。

1 装具代金の請求 a 領収書 b 医師の装具必要証明書 (注)「療養の給付を受けることができなかった理由」欄は、 その事由をできる限り詳細に記入してください。	2 療養費（現金払）の請求 a 領収書 b 診療報酬明細書	3 海外療養費の請求 a 診療内容明細書原本と日本語訳と連合会様式A b 領収書の原本と日本語訳と連合会様式B c 海外の医療機関等に照会する同意書 d パスポート
--	-------------------------------------	--

以下市記入欄

装具作成履歴 有 (年 月 日支給) ・ 無 特定疾病 有 ・ 無 福祉医療 有 (子・母・障・精) ・ 無

診療年月	入外区分	年齢	負担割合	総額	保険者負担	公費	自己負担	福祉医療
年 月	入・外	歳	割	円	円	円	円	円