

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	〇〇〇〇〇〇〇〇〇 (8桁の数字)	療養を受けた 被保険者名 〔個人番号〕	大府 花子 〔―――〕	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	昭和〇〇年	〇〇月	〇〇日		
発病・負傷 年月日		療養 期間	〇〇年	〇〇月	〇〇日から 〇〇年 〇〇月 〇〇日まで 〇〇日間		
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 checked="" 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。 〇〇年〇〇月〇〇日 住所 大府市中央町〇丁目〇番地 世帯主 氏名 大府 太郎 個人番号 TEL ( 〇〇〇〇 ) 〇〇 局 〇〇〇〇 番							
口座 振込	(振替先金融機関名) 銀行 〇〇 信用金庫 〇〇 支店 農協		(預金種目) 普通 当座	(口座番号) 〇〇〇〇〇〇〇〇			
	(フリガナ) オオブ タロウ 預金名義人 大府 太郎						
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		円	円	円	円	円