国民健康保険療養費支給申請書

原書番号	受付年月日	整理番号
1	年　月　日	

個人番号	

被保険者番号							

種別	国保	退職		割合	7割	8割	
	1	本人3	扶養4		7	8	

フリガナ		世帯主との続柄	福祉医療	高齢移	乳幼児	障害	母子	こども
被保険者氏名（患者名）	男1・女2			41	80	43 ・82	85	47
生年月日	S・H・R　年　月　日		公費番号		受給者番号			

診療又は薬剤を受けた病院・診療所・薬局・その他	名称		負傷の原因
	所在地		1. 業務上 2. 第三者による 3. その他

種類							表別			入院		外来	
1	2	3	4	5	7	8	1	3	4	1 本入	7 高入一	2 本外	8 高外一
一般診療	治療用装具	柔整	アンマ マッサージ	ハリ・灸	移送	その他	医科	歯科	調剤	3 六入		4 六外	
国内 海外										5 家入	9 高入7	6 家外	0 高外7

傷病名	別紙のとおり	療養の期間	年　月　日から 年　月　日まで　日間
負傷年月日	年　月　日	療養に要した費用	審査決定金額
アンマ・マッサージ ハリ・灸	初検日 年　月　日　第　回		

上記のとおり療養費の支給を申請します。
なお、支払いについては下記預金口座へ振り込んでください。口座名義人が申請者と異なるときは下記口座名義人に受領を委任します。

年　月　日　（〒　－　）

兵庫県豊岡市長　様

申請者（世帯主）

住所　豊岡市

氏名　　㊞

電話（　－　－　）

個人番号（　）

受取方法	振込先	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号
1 口座振込 2 直接払		銀行・信用組合 信用金庫・労金 農協・信漁連	本店 支店	1 普通 2 当座	
	口座名義人	フリガナ		保険者番号	280958

総医療費		支給決定額

支給決定年月日	支給年月日	未納国保税	有・無

金額欄			

海外療養費確認欄

渡航目的等

添付書類　**≪必要書類が外国語の場合は、日本語訳文の添付が必要≫**

- □ パスポートの写し（すべての頁）
- □ 診療内容明細書（傷病名・症状・治療・投薬内容等が詳細に記入されたもの）
- □ 診療を受けた医療機関に治療費を支払った領収書
- □ 領収明細書（支払った金額の明細が詳しく記入されたもの）
- □ 調査にかかわる同意書

海外療養費	
渡航先国名（　）	
通貨単位（　）	
受付者	