

国民健康保険療養費等支給申請書

ID : 99002

申請者(世帯主)の個人番号																						
保険者番号			4	2	0	0	3	4	海外療養費	1:該当	給付割合	7	8	9	第三者行為	1:該当						
記号・番号	島国保							受給者名						性別	男・女							
被保険者(病院等にかかった人)の個人番号																						
生年月日	3 昭 和	4 平 成	5 令 和					年				月			日	住所						
公費負担	有・無	公費負担者番号										公費受給者番号										
保険種別	1国保 4退職																					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0		
	本入	本外	六入	六外	家入	家外	高入一	高外一	高入7	高外7												
療養費種別	1:一般診療			2:補装具	3:柔整	4:あんま マッサージ	5:はり きゆう	6:看護	7:移送	8:その他		10:生血										
	1:医科	3:歯科	4:調剤							()												
傷病名								補装具を採寸した日または 診療・移送等を行った日	平成 令和				年			月			日			
診療期間	～										診療実日数					日						
診療及び補装具の装着、移送 の判断等を行った医療機関名								医療機関 コード														
療養の給付を受けることができなかった理由																						
上記のとおり関係書類を添えて申請します。																						
令和	年	月	日																			
												住所	_____									
												申請者 氏名 (世帯主)	_____ (印)									
(あて先)												島原市長	(電話番号 _____)									
振込先 (世帯主 名義)	銀行 協同組合				本店				口座 種別	1 普通	口座 番号											
	信用金庫 信用組合				支店					2 当座		口座 名義	カタカナ									
銀行 コード					支店 コード				3 その他 ()	漢字												

	費用額	保険者負担額	一部負担金	他法負担分 ()	公費患者負担分	指定公費(1割) 70～74歳
請求						
決定						