国民健康保険証の番号を記入してください。

民健康保険　療養費支給申請書

※太わくの中のみ記載して下さい

保険者番号	1 2 0 5 6 8	（療養を受けた）被保険者名	八街　市子
記号・番号	5 6 ー ○ ○ ○ ○ ○	生年月日	1.明 2.大 3.昭 4.平 ○年 ○月 ○日
公費負担者番号		性別	1. 男 2. 女
受給者番号		入院外来	1. 入院 2. 外来
個人番号	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	第三者行為	1. 有 2. 無
保険制度	1. 国保 4. 退職（退職本人・退職扶養）	給付割合	7割 8割
	1. 70歳以上高齢者 2. 6歳（未就学者）	療養期間	4. 平成 年 月 日 から
	4. 平成 年 月 診療		4. 平成 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	医療機関の所在地、医療機関名	機関コード	
申請の理由	（治療のため等）	発病又は、負傷の原因	不詳
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	診断書の医師の氏名	長期	長期高額 1. 低Ⅰ 2. 低Ⅱ
		第二法別	

補装具などの種別を記入してください。

個人番号（12桁）を記入してください。

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 銀行名/コード	○○銀行	支店名/コード	○○ 支店
口座番号	1 2 3 4 5 6 7	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	ヤチマタ イチタロウ		
	八街　市太郎	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。

平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日

世帯主名を記入し、押印してください。

世帯主　住所　八街市八街ほ35番地29

氏名　八街　市太郎　印

個人番号 ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■

電話　043－443－1139

宛て先　　様