国民健康保険療養費支給申請書（記入例）

色付き部分に必要事項を記入してください。

原書番号	受付年月日	整理番号
1	令和　年　月　日	

世帯主本人が手書きしない場合は、押印してください。

被保険者証番号	1	2	3	4	5	6	7
フリガナ	アマガサキ ●●						
被保険者氏名（患者名）	尼　崎　●●						男1・女2
生年月日	3昭・4平・5令　10　年　1月　1日						
住民コード・員番						家族コード	
被保険者の個人番号（特別療養費・移送費のみ記入）							

医療種別	国保	本人
	1	

世帯主との続柄	福祉医療					
妻	41・42	80・81	43・44・82・83	84・85	47・48	

公費	公費番号	受給者番号

国保資格取得日	3昭・4平・5令　年　月　日

保健医療機関を受診された方の氏名・生年月日・性別をご記入ください。

病院、診療所、薬局その他の者の名称及び所在地	
従事した医師、歯科医師又は薬剤師の氏名	

交通事故等による第三者行為	1 有　2 無

1有または2無に○をつけてください。

種											入院		外来	
1	2	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	療養期間	平成・令和　年　月　日から　日間 平成・令和　年　月　日まで
負傷年月日	4平成 5令和　年　月		決定金額
ハリ・灸・アンママッサージ	初検日 4平成・5令和　年　月　日　第		

住所・世帯主の方のお名前・電話番号をご記載ください。
世帯主本人が手書きしない場合は、記名・押印してください。

上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添え
なお、支払いは、下記の名義人の預金口座へ振り替えてくだ
世帯主本人が手書きしない場合は、記名・押印してください。

令和　5 年　1 月　1 日

申請者（世帯主）　〒 660 － 8501
住所　尼崎市東七松町1-23-1

尼崎市長あて　氏名　尼　崎　▲▲　電話　(○○)○○○○-○○○○

申請者の個人番号（特別療養費・移送費のみ記入）		□公金受取口座を利用する（ご利用の場合は、口座情報の記入は不要です。）	保険者番号	280032

公金受取口座を利用できるのは、世帯主のみです。

受取方法	口座振込	銀行コード	1	2	3	4	支店コード	0	0	1
	窓口	尼崎	銀行	信用(金庫・組合)	農協	○○	支店	本店	出張所	
預金種別	1 普通 2 当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7							
フリガナ	アマガサキ ▲▲									
口座名義人	尼　崎　▲▲									

額欄

お振込を希望される口座内容をご記入ください。
（公金口座を希望の場合は「公金受取口座を利用する」に☑をすると記入が不要となります。）

下記のとおり決定します

総療養費

海外療養費	
渡航先国名	（　　）
通貨単位	（　　）

決裁	課長	課長補佐	係長	係長	係	受付者	未納保険料
							有・無

個人番号記入の場合
□職員確認

□世帯主個人番号
□来庁者身元確認
□別世帯代理人又は委任状又は世帯主保険証等

発病又は負傷の原因	
傷病の経過	
診療、薬剤の支給又は手当の内容	
医療を受けることができなかった理由	

窓口払い用書	支給金額		を領収しました。 令和　年　月　日
	住所		
	申請者氏名		印

注）添付書類

ア. 一般診療：診療報酬明細書（レセプト等）、領収書

イ. 海外療養費：診療内容明細書、領収書、領収明細書、日本語翻訳文、パスポートの写し

調査にかかわる同意書

ウ. 治療用装具：医師の意見書、装具装着証明書、領収書、領収明細書

エ. アンマ・マッサージ・ハリ・灸：医師の同意書、（施術書が発行した）療養費支給申請書

オ. 移送：医師の意見書、領収書

カ. その他：医師の意見書（同意書）、診療報酬明細書（レセプト等）、領収書

※ 必要に応じて上記以外の書類を添付していただく場合があります。