

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証番号		原書番号		受付年月日		整理番号	
フリガナ		1		令和 年 月 日			
被保険者氏名		医療種別		国保		退職	
(患者名)		1		本人3		扶養4	
生年月日		世帯主の続柄		福祉医療		割合	
3昭・4平・5令 年 月 日		男1		老人		7割 8割 9割	
		女2		乳児		7 8 9	
住民コード・員番		公費		公費番号		受給者番号	
被保険者の個人番号		国保資格		取得日		3昭・4平・5令 年 月 日	
(特別療養費・移送費のみ記入)		取得日					
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	
種類				表別		入院	
1 2 3 4 5 7 8				1 3 4		1本入 7高入一	
一般診療 治療用 柔整 アンマ マッサージ ハリ・灸 移送 その他				内科 歯科 調剤		2本外 8高外一	
国内/海外						3六入 4六外	
						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	
負傷年月日		4平成 5令和 年 月 日		療養に要した費用		審査決定金額	
ハリ・灸・アンマ マッサージ		初検日					
		4平成・5令和 年 月 日 第 回					
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て申請します。 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。 令和 年 月 日 申請者 〒 - (世帯主) 住所 _____ 尼崎市長 あて 氏名 _____ 電話 () - _____							
申請者の個人番号		□公金受取口座を利用する		保険者番号		280032	
(特別療養費・移送費のみ記入)		(ご利用の場合は、口座情報の記入は不要です。)					
受取方法		銀行コード		支店コード		金額欄	
口座振込							
窓口		銀行		支店			
		信用(金庫・組合)		本店			
		農協		出張所			
預金種別		口座番号					
1 普通							
2 当座							
フリガナ							
口座名義人							
下記のとおりに決定します。 令和 年 月 日				海外療養費			
総療養費				渡航先国名 ()			
支給決定金額				通貨単位 ()			
				個人番号記入の場合			
				□職員確認			
決裁				□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			
				有・無			

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	

窓受 口 払領 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	_____	

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。