

# 国民健康保険療養費支給申請書

1										受付年月日				整理番号			
平成 年 月 日																	
被保険者証番号				国保		退職		割合		7割	8割	9割	10割				
1				本人3		扶養4		割合		7	8	9	0				
フリガナ				被保険者名(患者名)		男 1		福祉医療		老人 41.42	乳児 80.81	重度障害 43.44.82.83	母子 84.85	子ども 47.48			
生年月日				昭・平 年 月 日生		女 2		公費		受給者番号							
宛名番号		被保険者の個人番号		-		-		国保資格取得日		3 昭和 4 平成 年 月 日							
病院・診療所・薬局その他の名称及び所在地																	
従事した医師、歯科医師又は薬剤師の氏名																	
種類				表別				入院				外来					
1	2	3	4	5	7	8	1	3	4	1 本人入	7 高入一般	2 本人外	8 高外一般				
一般診療	補装具	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 就学前入		4 就学前外					
										5 家族入	9 高入上位	6 家族外	0 高外上位				
傷病名										療養期間		平		成			
左大腿骨頸部骨折										年		月		日から			
発病・負傷原因/経過										交通事故		他( )		日			
発病・負傷年月日										療養に要した費用		医療費審査決定額		日			
3 昭和 4 平成 年 月 日																	
鍼灸・あんまマッサージ		初検日		平成 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添付書類を添えて申請します。平成 年 月 日																	
申請者(世帯主)住所		第三者行為による加害行為である事をご記載下さい。 第三者行為のうち、交通事故の場合は該当欄に丸を、それ以外の場合は( )内に原因を記載してください。 (例) 暴力を振るわれた、他人の犬にかまれた等															
氏名																	
受取人		支払方法		1 窓口払(委任払)希望		2 口座振込希望		3 払込		4 委託払		銀行コード		支店コード		保険者番号	
												銀行		本店支店		申請者の個人番号	
種別		1 普通		2 当座		4 貯蓄		9 その他		口座番号						金額欄	
フリガナ																	
口座名義人																	
総療養費						支給額合計											
公開の状況：非公開(神戸市情報公開条例第10条第1号)に該当																	
分類17・04・02・03										保存5年							
決定事項						決裁				審査				未納保険料			
<input type="checkbox"/> 支給理由 国民健康保険法第54条 項に該当のため <input type="checkbox"/> 不支給理由						課長 係長 係				事務 資格 受付				有・無			
						起案 平成 年 月 日				受付 平成 年 月 日							
						決裁 平成 年 月 日											

注意 未納の保険料がある方については、支払方法が窓口払いになることがあります。