

# 国民健康保険療養費支給申請書

1										受付年月日 令和 年 月 日			整理番号								
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	7	8	9	0					
フリガナ										福祉医療	移行 41.42	乳幼児 80.81	重度障害 43.44.82.83	母子 84.85	こども 47.48						
被保険者氏名(患者名) 生年月日										男 1			受給者番号								
昭・平・令 年 月 日生										女 2											
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 5 令和		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、歯科医師または薬剤師の氏名																					
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	アロマ 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										左大腿骨頸部骨折			療養期間		年	月	日から	日まで	日間		
業務上・業務外、第三者行為の有無										1.業務上		2.第三者行為( )		3.その他( )							
発病・負傷年月日										3 昭和 5 令和		年 月 日		療養に要した費用		医療費審査決定額					
鍼・灸・あんま マッサージ										初検日 平成・令和		年 月 日 第 回									
上記のとおり										<p><b>第三者行為による加害行為によって負傷等をした場合</b></p> <p>①【傷病名】欄を記載してください。</p> <p>②交通事故の場合、【業務上・業務外、第三者行為の有無】欄の「2.第三者行為」に○を記載してください。</p> <p>交通事故以外の場合、( )内に負傷原因を記載してください。</p> <p>(例)暴力を振るわれた、他人の犬に噛まれた等</p>											
受取人										支払方法 1 口座振込希望 2 払込 3 委託払 4 窓口(委任)払希望		銀行コード		支店コード		保険者番号		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		銀行		本店支店		金額欄			
口座名義人(カタカナ)																					
総医療費												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条第 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	
										起案		令和 年 月 日		受付		令和 年 月 日		有・無			
										決裁		令和 年 月 日									

注意事項 保険料を滞納している世帯については、支払方法が窓口払になることがあります。