

国民健康保険療養費支給申請書

										1			受付年月日			整理番号					
										令和 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		7	8	9	0					
フリガナ							男 1		福祉医療	移行 41.42	乳幼児 80. 81	重度障害 43.44.82.83		ひとり親 84.85	こども 47.48						
被保険者氏名(患者名)							昭・平・令 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 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									療養期間		令	年	月	日から	日						
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()						令	年	月	日まで	日間								
発病・負傷年月日			3 昭和 5 令和 年 月 日 4 平成						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。 令和 年 月 日																					
申請者 (世帯主) 住所 氏名 電話 ()																					
受取人	支払地	支払方法 依頼欄	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						
							銀行			本店 支店											
種別	1 普通	2 当座	4 貯蓄	9 その他	口座 番号																
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												
□支給理由 国民健康保険法第54条第 項に該当のため						課長 係長 係			事務			資格			受付						
□不支給理由																					
						起案 令和 年 月 日			受付 令和 年 月 日												
						決裁 令和 年 月 日															

注意事項 未納保険料がある方については、給付を差し止めることがあります。