

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			7割		8割		9割		10割				
被保険者証番号							国保		退職			割合		7		8		9		0			
フリガナ							1		本人3		扶養4												
被保険者氏名(患者名)							男 1		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		子ども 47.48				
生年月日							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		令 年 月 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()							療養期間		令 年 月 日から		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													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		有・無				
							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 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。