

国民健康保険療養費等支給申請書

申請者(世帯主)の個人番号																					
保険者番号			4	2	0	6	6	1	海外療養費	1:該当	給付割合	7	8	9	第三者行為	1:該当					
記号・番号	東彼杵								受給者名						性別	男・女					
被保険者(病院等にかかった人)の個人番号																					
生年月日	3 昭 和	4 平 成	5 令 和				年			月		日	住所	東彼杵町 郷							
公費負担	有・無	公費負担者番号												公費受給者番号							
保険種別	1国保 4退職																				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0											
	本入	本外	六入	六外	家入	家外	高入一	高外一	高入7	高外7											
療養費種別	1:一般診療			2:補装具	3:柔整	4:あんま マッサージ	5:はり きゅう	6:看護	7:移送	8:その他		10:生血									
	1:医科	3:歯科	4:調剤							()											
傷病名									補装具を採寸した日または 診療・移送等を行った日	平成 令和			年		月		日				
診療期間	～											診療実日数			日						
診療及び補装具の装着、移送 の判断等を行った医療機関名									医療機関 コード												
療養の給付を受けることができなかった理由																					
上記のとおり関係書類を添えて申請します。																					
令和 年 月 日					住所	東彼杵町 郷															
										申請者 氏名 (世帯主)							印				
(あて先)	東彼杵町長				(電話番号	- -)															
振込先 (世帯主 名義)	銀行 協同組合				本店 支店	口座 種別	1 普通	口座 番号													
	信用金庫 信用組合						2 当座		口座 名義	カタカナ											
銀行 コード					支店 コード	3 その他 ()		漢字													
	費用額	保険者負担額	一部負担金	他法負担分 ()	公費患者負担分	指定公費(1割) 70~74歳															
請求																					
決定																					