

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	0	0	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	東級村								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	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成					年						住所	東彼杵郡東彼杵町	郷	番地					
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 本入	2 本外	3 六入	4 六外	5 家入	6 家外	7 高入一	8 高外一	9 高入7	0 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 きゆう	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				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。																							
平成		年		月		日			住所	東彼杵郡東彼杵町	郷	番地											
													申請者 氏名 (世帯主)										
													(あて先)	長	(電話番号								
振込先 (世帯主 名義)	銀行 協同組合		本店		口座種別	1 普通	口座番号																
	信用金庫 信用組合		支店			2 当座																	
銀行 コード					支店 コード	3 その他	口座名義	カタカナ															
													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																							