

国民健康保険・療養費支給申請書

保険者番号	1 3 8 5 0 3	療養を受けた	被保険者名							
記号・番号	50 - .		生年月日	年 月 日						
公費負担者番号			個人番号							
公費受給者番号			性別	1. 男	2. 女	入外	1. 入院	2. 外来		
資格区分	一般	退職本人	退職扶養	給付割合	7割	8割	9割	日数	日	
前期高齢者	前期高齢者		療養期間	年 月 日まで						
診療年月	年 月 診療			年 月 日まで						
種類	1. 一般診療（海外療養費含む） 2. 補装具 3. 柔整 4. あんま・マッサージ 5. 鍼灸 6. 移送費 7. その他（生血） 8. 特別療養費									
傷病名	別紙のとおり									
診療を受けた医療機関等の所在地										
診療を受けた医療機関名又は施術師										
支給申請をした理由	補装具製作所と保険契約なきため									
発病又は負傷の理由	別紙のとおり									

療養に要した費用額									食事日数			日
審査認定額※1									食事に要した費用			
薬剤一部負担金									食事標準負担額			
一部負担金									支給額			
振込先	金融機関名							支店名	本店	支店		
	口座種別	普通	当座	貯蓄				口座番号				
	口座名義人	フリガナ										
		漢字										

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請いたします。

年 月 日

世帯主 住所 羽村市

氏名

個人番号

電話

羽村市長 宛