

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 - ①	療養を受けた	生年月日	年 ② 月 日		
公費負担者番号		療養を受けた	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	1. 前期高齢者	療養期間	年 月 日から			
診療年月	年 月 診療	療養期間	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	④					
診療を受けた医療機関名又は施術師	④					
支給申請をした理由	遡及加入・海外受⑤ その他( ) のため					
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	⑥		
	口座名義人	フリガナ	⑥			
		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 _____ ⑦ 電話 _____ 氏名 _____						
羽村市長 宛 ⑧ 第三者行為 有・無						

- 【記入方法】
- ① 羽村市国民健康保険証の記号番号を記入。
  - ② 療養を受けた人の情報を記入。
  - ③ 一般・海外は「1」に、補装具は「2」に丸印をつける。
  - ④ 領収書に書いてある医療機関の住所・医療機関名を記入。
  - ⑤ 補装具の申請書は記入不要。海外療養費の場合は「海外受診」に丸印をつける。一般診療の場合は「その他」に理由を記入。
  - ⑥ 口座情報を記入(原則として世帯主の口座を記入)。
  - ⑦ 世帯主の情報を記入。マイナンバーが不明の場合は同意欄に申請者が署名。
  - ⑧ 交通事故等の診療の場合は「有」、そうでない場合は「無」に丸印をつける。