

国民健康保険療養費支給申請書

令和 年 月 日

徳島市長 殿

下記のとおり、療養費に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

申請者(世帯主)

住 所 徳島市

氏 名

個人番号

電 話

記入者

氏 名

続柄

太枠内を記入してください。

被保険者証番号				診 療 年 月				資格区分				負担割合区分			
				令和 年 月				<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退職本人 <input type="checkbox"/> 退職扶養				<input type="checkbox"/> 高齢者/8割 <input type="checkbox"/> 高齢者/7割 <input type="checkbox"/> 未就学/8割 <input type="checkbox"/> その他/7割			
フリガナ								生年月日		昭和 平成 年 月 日 令和					
療養を受けた 被保険者氏名	名称														
	住所														
	コード														
入外区分		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来		一般診療 種別		<input type="checkbox"/> 医科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他		傷病名							
療養期間		自 令和 年 月 日 ~ 至 令和 年 月 日				診療 日数									
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する(利用する口座情報の記入不要)															
<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する															
銀行				本店				口座番号							
信用金庫				支店				フリガナ							
農 協				支所				口座名義人							
預金種別		1. 普通 2. 当座													
療養に要した費用				給付割合											
				円				7割・8割・9割							
療養費の種類		<input type="checkbox"/> 01:一般診療 <input type="checkbox"/> 02:海外療養費 <input type="checkbox"/> 03:コルセット <input type="checkbox"/> 04:柔整 <input type="checkbox"/> 05:針灸 <input type="checkbox"/> 06:マッサージ <input type="checkbox"/> 07:生血 <input type="checkbox"/> 08:訪問看護 <input type="checkbox"/> 09:移送 <input type="checkbox"/> 10:特別療養費 <input type="checkbox"/> 31:食事療養費差額 <input type="checkbox"/> 32:前期高齢者差額													
										第三者行為		受付者			
										有・無					

<徳島市使用欄>

支給見込額	円	支給年月日	年 月 日
一部負担金	円	支給決定額	円