

国民健康保険療養費支給申請書

審査決定金額	円
一部負担金	円
保険者負担	円

一般国保	入院	区 分	医科	補装具	ハリキュウ
退本人	入院外		歯科	生血	柔道
退扶養			調剤	マッサージ	

被保険者		記号	番号		傷病名
療養被養保険受者	氏名			発病負傷年月日	年月日
	生年月日	年月日		療養期間	年月日から 年月日まで 日間
	個人番号				
	世帯主との続柄				

病院・診療所・薬局名	名称	
	所在地	

医師・歯科医師名	医師	
----------	----	--

療養費の支給申請をした理由又は被保険者証で治療等が受けられなかった具体的な理由	理由	1 旅行・仕事などで出張中のため 2 補装具製作所が保険契約をしていないため 3 その他 ()
---	----	--

発病又は負傷の原因	1 不慮の事故 2 学校の授業・クラブ活動中 3 交通事故 4 ケンカ又は傷害 5 不明 6 その他 ()	療養に要した費用 円
-----------	---	---------------

振込先	金融機関名	支店名	種目	口座番号	名義人 (フリガナ)
	銀行 農協 信用金庫	支店	1 普通 2 当座		

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
 春日部市長 あて 世帯主 住所
 氏名
 電話番号 ()
 個人番号

市役所記入欄	医療機関コード		記号番号		宛名番号		公費	区分	
	開始年月日		終了年月日		日数	審査決定額	性別	生元年	
								退	長
	食事	日数	請求決定額	標準負担額	公費日	公費請求額	公費負担額	前期	