

※ レセプト又は診断書1枚につき、申請書1枚ご記入ください。

記入例

国民健康保険療養費支給申請書

※赤字で例の記載がある項目についてご記入ください。

下記内訳のとおり申請します。

※申請者は世帯主になります

(和暦又は西暦)〇〇年〇〇月〇〇日

申請者住所 三鷹市野崎1-1-1

氏名 三鷹 太郎

電話番号 0422-45-1151

(あて先) 三鷹市長

被保険者 記号・番号	27-〇〇・〇〇〇〇		世帯主名	同上		
診療を 受けた人	(フリガナ) 氏名	ミタカ ハナコ 三鷹 花子			申請者との 続柄	妻
	住所	同上				
診療を 受けた人	診療期間	自 至	別紙のとおり		受診資格	一般・ (退職被保険者) 本人・被扶養
	発病負傷日	別紙のとおり			診療 日数	別紙のとおり 日
診療を 受けた人	傷病名	別紙のとおり				
	受診した 医療機関	別紙のとおり ()			診療科	別紙のとおり
診療を 受けた人	受診状態	入院・外来	給付区分	高齢者3割・高齢者2割・未就学児		
	費用額	別紙のとおり 円	うち薬剤 一部負担	円	併用公費又は 福祉の名称	
診療を 受けた人	審査 認定額	円	交通事故等の第三者行為		有	無
	療養の給付を 受けることが できなかった 理由	1. 緊急の受診で保険証を持参することができなかったため 2. 医師の指示による治療用補装具作成のため 3. 他保険資格喪失後の受診のため 4. その他 (ゆうちょ銀行の場合は 〇〇八など漢数字3桁
振込先 世帯主 口座	金融機関	〇〇〇	銀行・農協 信金・信組	〇〇〇	普通 当座 貯蓄	支店
	名義人	フリガナ	ミタカ タロウ			
	氏名	三鷹 太郎				
	口座番号	〇	〇	〇	〇	〇
点数		総医療費			薬剤一部負担金	
負担率		一部負担額			支給額	

該当する番号
に〇をつけて
ください。

普通
当座
貯蓄