

国民健康保険 療養費支給申請書

保険者番号	1 2 1 0 4 6	(療養を受けた) 被保険者名			
記号・番号	袖 - 0 0	生年月日	3.昭 4.平 5.令	年	月 日
公費負担者番号		性別	1. 男 2. 女	日数	日
受給者番号		入院外来	1. 入院 2. 外来	食事回数	回
個人番号		第三者行為	1. 有 2. 無		
保険制度	1. 国保 4. 退職 (退職本人・退職扶養)	給付割合	7割 8割		
高齢者・乳幼児	1. 70歳以上高齢者 2. 6歳(未就学者)	療養期間	令和	年	月 日 から
診療年月	令和 年 月 診療		令和	年	月 日 まで
療養費種別	01. 一般診療 (1. 海外療養費) 02. 補装具 03. 柔整 04. あんま・マッサージ 05. はり・きゅう 06. 看護 07. 移送 08. その他 09. 標準負担額差額 10. 生血				
傷病名		疾病コード	受領委任 コ ー ド		
診療を受けた医療機関等の所在地及び名称		機関コード			
申請の理由		発病又は、 負傷の原因	長期 第 二 法 別	長期高額 1. 低 I 2. 低 II	
診療・調剤又は、手当てに従事した医師、歯科医師、薬剤師等の名称					
療養に要した費用(A)		支給額			
薬剤一部負担金(B)		審査会認定(A)			
患者負担額(C)		審査会認定(D)			
食事に要した費用(D)					
食事標準負担額(E)					
振込先	以下の①または②のいずれかの口にチェックを入れてください。				
	① <input type="checkbox"/> 世帯主の公金受取口座を利用します。(※マイナポータルでの登録を済ませられた方が利用できます)				
	② <input type="checkbox"/> 以下の口座に振込を依頼します。				
	銀行名/コート		支店名/コート	支店	
	口座番号		預金種目	1. 普通 2. 当座 3. 別段 4. 貯蓄預金 9. 他	
口座名義人(カタカナ)					
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。					
令和 年 月 日					
世帯主 住所 _____					
氏名 _____					
電話 _____					
袖ヶ浦市長 様					
委任欄	私は上記口座名義人を代理人と定め、療養費に関する一切の権限を委任します。				
	委任者	住所 _____			
	(世帯主)	氏名 _____			

※太わくの中のみ記載して下さい

国民健康保険療養費支給申請書記載要領

1. 保険者番号 : 保険者番号を記載して下さい。
2. 記号・番号 : 被保険者の記号・番号を記載して下さい。
3. 公費負担者番号・
受給者番号 : 公費併用の場合に記載して下さい。
4. 個人番号 : **個人番号（マイナンバー）は選択的記載事項として下さい。**
5. 被保険者名 : 療養を受けた人の名前を記載して下さい。
6. 生年月日 : 該当の年号に○をして年月日を記載して下さい。
7. 性別 : 該当の性別に○をして下さい。
8. 日数 : 療養にかかった日数を記載して下さい。
9. 入院外来 : 該当の区分に○をして下さい。
10. 食事回数 : 食事がある場合に記載して下さい。
11. 第三者行為 : 第三者行為に該当するかを記載して下さい。
12. 保険制度 : 該当の保険制度に○をして下さい。
退職の場合は、退職本人または退職扶養に○をして下さい。
13. 高齢者・乳幼児 : 前期高齢者又は3歳未満者の場合に、該当する方に○をして下さい。
14. 診療年月 : 診療した年月を記載して下さい。
15. 療養費種別 : 該当の種別に○をして下さい。
海外療養費の場合は、海外療養費欄にも○をして下さい。
16. 給付割合 : 該当する割合に○をして下さい。（組合・前期高齢者等8割）
17. 療養期間 : 療養した期間を記載して下さい。
18. 傷病名 : 傷病名を記載して下さい。
19. 診療を受けた医療機関
等の所在地及び名称 : 医療機関名及び所在地を記載して下さい。
20. 申請の理由 : 理由を記載して下さい。
21. 診療・調剤又は、手当
てに従事した医師等の : 医師名等を記載して下さい。
22. 疾病コード・
受領委任コード : 記載の必要はありません。
23. 機関コード : 県番号・点数表区分・医療機関番号の10桁を記載して下さい。
24. 発病又は、負傷の原因 : 負傷の理由を記載して下さい。
25. 長期 : 長期高額に該当する場合○をして下さい。
26. 療養に要した費用(A) : 療養に要した総額を記載して下さい。
27. 薬剤一部負担金 (B) : 薬剤の負担金がある場合のみ記載して下さい。
28. 患者負担額 (C) : 患者が負担すべき額を記載して下さい。
29. 食事に要した費用(D) : 食事基準額を記載して下さい。
30. 食事標準負担額 (E) : 食事標準負担額を記載して下さい。
31. 支給額 : 保険者で記入して下さい。
32. 審査会認定 (A)(D) : 記載しないで下さい。
33. 振込先 : 保険者の必要に応じて記載して下さい。
34. 申請欄 : 必ず記載して下さい。（申請書は患者1人につき1枚添付して下さい。）