

国民健康保険療養費支給申請書・請求書

被保険者証記号番号	療養を受けた被保険者氏名	生年月日
長国		年 月 日

傷病名	別添のとおり	療養を取り扱った保険医療機関等	別添のとおり
療養期間	別添のとおり	療養につき算定した費用の額	別添のとおり

療養の給付を受けることができなかった理由	1. 現物給付が困難なため（装具・海外・はりきゅう・その他） 2. 被保険者証を持参しなかったため 3. 前保険者精算分 4. その他（ ）
----------------------	---

自分以外の第三者の行為が原因の傷病（交通事故やケンカ等）の該当（有・無）
 業務上（通勤中含む）の傷病の該当（有・無）

上記のとおり申請・請求いたします。なお、支給決定額は下記の口座へ振込の方法により支払ってください。
 なお、私（申請者）と振込先の口座名義が異なる場合には口座名義人を代理人と定め、口座への振込により、療養費の支給を受ける一切の権限を委任します。

年 月 日
 申請者（世帯主） 住所
 氏名
 （TEL ）
 （宛先）河内長野市長

金融機関	銀行・信用金庫 農協・（ ）	本店 支店	受付年月日
フリガナ		種別	
口座名義		普・当	
口座番号		(7ケタ)	
（宛先）河内長野市会計管理者			

※処理欄

種別	入院	外来	80 障がい者医療	窓1	窓2	職	内	職
	医科	歯科	調剤	装具	海外			
	受診時点			資格取得日(年 月 日)				
	高齢受給者証			○入力時記入欄(受診時) 自己負担割合(3割 ・ 2割) 年齢()歳 所得区分()				
	現並 I ~ III	一般	低 II	低 I	未就学			
査定金額				○決定時記入欄(該当者) 高額療養費 ()円 精神結核給付分 ()円				
支給決定額				○海外療養費 月 日 時点レート(円 /) = ()円 保険診療 ()円 よって査定額 ()円				
備考欄								