

国民健康保険療養費支給申請書・請求書

記号・番号	長国	療養を受けた被保険者氏名	
生年月日	S・H・R 年 月 日	個人番号	
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。 令和 年 月 日 申請者（世帯主） 住所 氏名 個人番号 電話番号（ ） - （宛先）河内長野市長			
金 融 機 関	銀行・信金信組 農協・（ ）		本店 支店
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			受 付 年 月 日

※処理欄

種別	入院			外来			80 障がい者医療 82 ひとり親医療 86 子ども医療 資格取得日（ 年 月 日）	窓1	窓2	職	内	職
	医科	歯科	調剤	装具	海外							
受 診 時 点							○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（ ） ○決定時記入欄（該当者） 高額療養費（ ）円 精神結核給付分（ ）円 ○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					
高 齢 受 給 者 証												
現並Ⅰ～Ⅲ 一般・低Ⅱ・低Ⅰ												
未就学												
査定金額							円					
支給決定額							円					
備考欄												