

【 医科 ・ 歯科 ・ 調剤 】

診療年月	
費用額	円
一部負担金	円
支給額	円

【 給付割合 7割 ・ 8割 】

保険者番号		138248	
確認	入力	資格区分	一般 ・ 退本 ・ 退扶
		年齢区分	高7 ・ 高8 未就学8 ・ 若7 ・ 前65

国民健康保険療養費支給申請書

種類

補装具 ・ 小児用眼鏡 ・ 海外
10割 ・ 逆返 ・ 差額

被保険者証の記号・番号	24- -	療養を受けた被保険者	氏名	男・女	
傷病名		生年月日	昭和・平成・令和	年	月 日生
発病・負傷年月日	年 月 日	療養期間	年 月 日から	年 月 日まで	日間(入院・外来)
診療・薬剤の支給又は手当を受けた 病院・診療所・薬局 その他の者の名称及び所在地					
診療・薬剤又は手当に従事した 医師・歯科医師・薬剤師 その他の者の氏名					
療養費の支給申請をした理由 被保険者証で治療等が受け られなかった具体的理由		<input type="checkbox"/> 治療上必要な装具を作成したため (それ以外は余白に記述)			
発病又は 負傷の原因	【該当項目にレ点】 <input type="checkbox"/> 通勤中、勤務中の傷病 <input type="checkbox"/> 第三者の行為による傷病 <input type="checkbox"/> その他	【原因を詳述】		審査認定額 拾万 万 千 百 十 円	
※海外で治療を受けた方のみご記入ください。		治療を受けた国	通貨単位		
		渡航理由			
振込先 金融機関	銀行・信金 農協・信組	支店	普 ・ 当	口座番号	
金融機関コード	支店コード				
支給額は上記口座に振り込んでください。		フリガナ			
		口座名義人			
記入後、金融機関名・支店名・口座番号・口座名義人について、再度の確認をお願いします。					
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。 なお、私以外のものを口座名義人としている場合は、受領を委任したものです。 令和 年 月 日 住所 世帯主 氏名 八王子市長 殿 電話 () -					

太枠内をご記入ください。

(注意)

- ※ 後期高齢者医療被保険者証をお持ちの方は、この用紙では申請できません。
- ※ 国民健康保険被保険証のほかに、医療証をお持ちの方は、別途申請が必要になることがあります。
- ※ 所要事項は漏れなく記入し、記入漏れのないようにしてください。
- ※ 被保険者証で治療等受けられなかった具体的理由(「法定伝染病」「生血購入」「補装具」の各費用の請求を除く。)は、その理由を詳しく具体的に記入してください。
- ※ 医療機関に医療費を支払ってから2年以上経過したものはお受けできません。
(逆返納金については、診療を受けた日の翌日から2年以上経過したものはお受けできません。)

受付印