国民健康保険療養費支給申請書

療養を受けた者	（フリガナ）			保険者番号	400192		
	氏名			記号番号	カ		
				個人番号			
	生年月日	年　月　日	性別	男 ・ 女	世帯主との続柄		
	診療年月	年　月　日	診療日数	日	第三者行為（交通事故・傷害等）	有 ・ 無	
	入院・外来	入院 ・外来	療養期間	平・令　年　月　日から 平・令　年　月　日まで			
	保険種別	一般 ・退職（本人・家族） 給付割合（ 7 ・ 8 ・9 ）	入外区分	1. 本入 2. 本外 3. 六入 4. 六外 5. 家入 6・家外 7. 高入一 8. 高外一 9. 高入 0. 高外7			

種類	1. 医科 2. 歯科 3. 調剤 4. 柔整 5. 補装具 6. 海外療養費 7. あん摩マッサージ 8. はりきゅう 9. 移送費 10. 生血 11. 特別療養費		
傷病名	別紙のとおり	発病又は負傷の理由	
診療を受けた医療機関等の名称・所在地	別紙のとおり	診療を受けた医療機関等のコード	
処方箋発行医療機関の名称	別紙のとおり	処方箋発行機関コード	
療養の給付を受けることができなかった理由 **※診療費申請の際は必須**			

振込先	公金受取口座	□利用する （⇒口座名義人を指定してください。）			□利用しない （⇒振込先を指定してください。）		
	口座名義人（カタカナ）※						
	※口座名義人はカタカナで上段より左詰めで記入してください。濁点、半濁点は1文字とし、姓と名の間は1文字あけてください。						
		個人番号					
	※公金受取口座を利用しない場合は記入してください。						
	金融機関名	銀行 協同組合		本店（所） 支店（所）	預金種別	□ 普通 □ 当座	
	口座番号		金融機関コード		支店コード		

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します。
（高額療養費の支給要件を満たす場合、高額療養費の支給も併せて申請します。）
（受取を上記名義人に委任します。）
（国保会計への請求を国保医療課長に委任します。）

宛先　春日市長　　年　月　日

〒

申請者
（世帯主）　住所

氏名　　連絡先

個人番号　　□氏名欄世帯主と同一

※ 申請者が相続人代表者でない場合は以下も御記入ください。

〒　―

代理人
（届出来庁者）　住所

氏名　　連絡先

申請者との関係

※処理欄　受付者【　】　本人確認【 免 ・ パ ・ 住 ・ マ ・他（　）】

【 受付印

療養費に要した費用額	
審査認定額	
一部負担金	
支給金額	
充当金額	

食事回数	
療養に要した費用額	
食事標準負担額	

資格	財政用	前期	医療	充当	資格者証提示確認
		1割 2割 3割	こ・障・親・後期	□ 有（全額・一部） □ 無	□ 病院に電話確認済 □ 本人に確認