

国民健康保険療養費支給申請（請求）書

| | | | |
|---|---------------------------------------|----------------|--|
| 保険証の記号番号 | | | |
| 患者名 | | 生年月日 | 昭平令 . . |
| 世帯主との続柄 | | 個人番号 | |
| 種別 | 一般診療 治療用補装具 生血 柔整施術 鍼灸マッサージ 海外 移送 () | | |
| 傷病名 | | 発病、負傷年月日 | 療養期間 |
| | | 年 月 日 年 月 日 | 自 年 月 日 至 年 月 日 |
| 診療、施術、薬剤を受けた病院、診療所、施術所、薬局 | | 所在地 | |
| | | 名称 | |
| 上記施設に従事した医師、施術師、薬剤師 | | 氏名 | |
| 保険証を使用した理由 | (下記添付書類一覧表の①に該当する場合のみ記入) | 発病の原因 | |
| | | 傷病の経過 | 完了 継続中 |
| | | 療養内容 | 別紙のとおり 第三者の行為によるものか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | | 支払額 | 円 |
| <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（口座情報の記入は不要です） <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する（口座情報を記入してください） | | | |
| 金融機関名 | 銀行 | 本店 | 口座番号(普通・当座) |
| | 信金 | 支店 | 口座名義人(ふりがな) () |
| | 農協 | 支所 | |
| | 労金 | 出張所 | |
| 上記のとおり療養に要した費用に関する書類を添えて申請します。 | | | |
| 令和 年 月 日 | 世帯主 | 住所 北上市 氏名 | 続柄 |
| | 届出人 | 住所 北上市 氏名 | |
| 北上市長様 | | (連絡先 Tel - | 世帯主・届出人) |

(注意) この用紙は、国民健康保険に該当する方が医療費の全額を支払った場合に、保険者負担分を国民健康保険へ支給申請（請求）するものです。

[添付書類]

| | |
|-------------------|----------------------------------|
| ① 一般診療（内科、歯科など） | 診療内容の明細書・領収書 |
| ② 補装具（コルセットなど）、輸血 | 医師の治療用装具製作指示装着証明書、領収書、写真（靴型装具のみ） |
| ③ はり、きゅう、マッサージ | 医師の同意書、施術明細のわかる領収書 |
| ④ 柔道接骨師（骨折、捻挫など） | 施術明細のわかる領収書 |
| ⑤ 海外 | 診療内容明細書・領収書（日本語訳）、パスポート |
| ⑥ 移送（緊急性のある場合のみ） | 医師の意見書、領収書、移送区間・距離・移送方法のわかるもの |

| |
|-----|
| 受付印 |
| |