

国民健康保険療養費支給申請（請求）書

被保険者記号番号	01234567		
患者名	北上 花子	生年月日	昭 <u>平</u> 令 12・3・4
世帯主との続柄	妻・子等	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 至 年 月
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		
保険証等を使用した理由	(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 checked="" 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	<u>銀行</u>	本店	口座番号 <u>(普通)</u> 当座
	〇〇〇〇 信金 〇〇	<u>支店</u>	1234567
	農協 労金	支所 出張所	口座名義人(ふりがな) (<u>きたかみ たろう</u>) 北上 太郎
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 〇年 〇月 〇日	世帯主	住所 北上市 〇〇町 1-1	氏名 <u>北上 太郎</u>
	届出人	住所 北上市 〇〇町 2-3	氏名 <u>北上 花子 (記入した人)</u>
		(連絡先 Tel 12 - 3456	続柄 <u>妻・子等</u> 世帯主・届出人)
北上市長様			

交通事故かどうか

原則世帯主の口座

(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
