国民健康保険　療養費支給申請書

※太わくの中のみ記載して下さい

保険者番号	1 2	(療養を受けた)被保険者名	
記号・番号	―	生年月日	年　月　日
公費負担者番号		入院外来	入院 ・ 外来
受給者番号		食事回数	回
日数	日	第三者行為	有 ・ 無
保険制度	国保 ・ 退職（退職本人・退職扶養）	給付割合	7割 ・ 8割
高齢者・未就学	70歳以上高齢者 ・ 6歳未満(未就学者)	療養期間	年　月　日から
診療年月	年　月 診療		年　月　日まで
療養費種別	01. 一般診療　(1. 海外療養費)　02. 補装具　03. 柔整　04. あんま・マッサージ 05. はり・きゅう　06. 看護　07. 移送　08. その他　09. 標準負担額差額　10. 生血		
傷病名		疾病コード	受領委任コード
診療を受けた医療機関等の所在地及び名称		機関コード	
申請の理由		発病又は、負傷の原因	長期 長期高額 / 低Ⅰ ・ 低Ⅱ
診療・調剤又は、手当てに従事した医師、歯科医師、薬剤師等の名称			第二法別

療養に要した費用(A)		支給額	
薬剤一部負担金(B)			
患者負担額(C)		審査会認定(A)	
食事に要した費用(D)		審査会認定(D)	
食事標準負担額(E)			

振込先	金融機関名	支店名	支店
	口座番号	預金種目	普通 ・ 当座 ・ 貯蓄預金
	口座名義人　フリガナ	備考	

申請欄

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。

年　月　日

世帯主　氏名（フリガナ）　(※)

(※)本人が手書きしない場合は、記名押印して下さい。

住所　(〒　　)

平日、日中に連絡可能な電話番号

連絡先　―　―

電子メールアドレス

@

(あて先)　千葉市長

国民健康保険療養費支給申請書記載要領

1	保険者番号	:	保険者番号を記載して下さい。
2	記号・番号	:	被保険者の記号・番号を記載して下さい。
3	公費負担者番号・受給者番号	:	公費併用の場合に記載して下さい。
4	被保険者名	:	療養を受けた被保険者の氏名を記載して下さい。
5	生年月日	:	療養を受けた被保険者の生年月日を和暦で記載して下さい。
6	日　数	:	療養にかかった日数を記載して下さい。
7	入院外来	:	該当の区分に○をして下さい。
8	食事回数	:	食事がある場合に記載して下さい。
9	第三者行為	:	第三者行為に該当するかを記載して下さい。
10	保険制度	:	該当者医療制度の保険制度に○をして下さい。 退職者医療制度の場合は、退職本人又は退職扶養に○をして下さい。
11	高齢者・未就学	:	70歳以上高齢者又は6歳未満者の場合に、該当する方に○をして下さい。
12	診療年月	:	診療した年月を和暦で記載して下さい。
13	療養費種別	:	該当の種別に○をして下さい。 海外療養費の場合は、海外療養費欄にも○をして下さい。
14	給付割合	:	該当する割合に○をして下さい。
15	療養期間	:	療養した期間を和暦で記載して下さい。
16	傷病名	:	傷病名を記載して下さい。
17	診療を受けた医療機関等の所在地及び名称	:	医療機関名及び所在地を記載して下さい。
18	申請の理由	:	申請に至った理由を記載して下さい。
19	発病又は、負傷の原因	:	負傷の理由を記載して下さい。
20	診療・調剤又は、手当てに従事した医師等の名称	:	医師名等を記載して下さい。
21	疾病コード・受領委任コード	:	記載の必要はありません。
22	機関コード	:	記載の必要はありません。
23	長　期	:	記載の必要はありません。
24	療養に要した費用(A)	:	記載の必要はありません。
25	薬剤一部負担金　(B)	:	記載の必要はありません。
26	患者負担額　(C)	:	記載の必要はありません。
27	食事に要した費用(D)	:	記載の必要はありません。
28	食事標準負担額　(E)	:	記載の必要はありません。
29	支 給 額	:	記載の必要はありません。
30	審査会認定　(A)(D)	:	記載の必要はありません。
31	振込先	:	世帯主名義の金融機関の口座を記載してください。
32	申請欄	:	必ず記載して下さい。（申請書は患者1人につき1枚添付して下さい。）