

国民健康保険療養費支給申請書

(治療装具・その他)

※(年 月診療分)

(宛先) 富 山 市 長

被 保 険 者 記 号 番 号	—	申請年月日	年 月 日
申 請 者 (世帯主)	住 所		
	氏 名		
	連絡先	電話 ()	—
	個人番号		

次のとおり申請します。

なお、支給決定金額は次の指定口座へ振り込んでください。

療 養 を 受 け た 被 保 険 者 の 氏 名 等			入院区分	一部負担割合		
	年 月 日生		1 入院	1 2割		
			2 入院外	2 3割		
	個人番号					
傷 病 名			発病又は負傷の年月日			
傷病の原因、 傷病の経過及び 療 養 内 容			年 月 日			
療養を受けた期間	年 月 日から同月 日まで 日間					
診察、薬剤の支給 又は手当を受けた 病院、診療所、薬 局等の名称等	名称及び所在地		医師又は 薬剤師の 氏 名			
療養に対して病院等 で支払った金額	円	保険料への 充当区分	1 一部充当 2 全部充当			
交 通 事 故 等 の 第 三 者 行 為	有 ・ 無					
療養の給付を受け ることができなかつ た 理 由			※ 1 法第54条第1項該当 2 法第54条第2項該当			
※ 支 給 決 定 額	審査決定額 (円) × 7/10 ・ 8/10 = 円					
振込指定 口 座	銀行	本店(所)	1 普通	2 当座	口座番号	
	農協	支店(所)	口 座 名義人	フリガナ		
	信金	出張所				
※	※					
窓口	()	地区センター 行政サービスセンター	入力処理	受 付	処理済	

注1 ※印欄は記入しないでください。

2 診療報酬請求明細書又はこれに代わる診療の明細書及び領収書を添付してください。