

国民健康保険 療養費支給申請書

診療年月 年 月 日

受付年月日 年 月 日 給付受付番号

被保険者証 記号番号		医療 種別	一般 国保	退職 本人	退職 扶養	割合	7割	8割	9割	10割	
フリガナ		福祉医療		老人		乳児	身障		母子父子		
被保険者氏名 (患者名)		高齢者区分		前期高齢		未就学	65~69歳				
生年月日	年 月 日	公費		公費		受給者番号					
個人番号		適用開始日		年 月 日							
病院・診療所・薬局 その他の者の名称及び所在地		名称 所在地									
従事した医師・歯科医師・薬剤師 その他の者の氏名											

療養区分

医科	歯科	調剤	食事 療養	海外 医科	海外 歯科	海外 調剤	特別 医科	特別 歯科	特別 調剤	特別 食事 療養	補装具	接骨	看護	はり きゅう	マッ サージ	生血	移送費	食事 差額	施設 療養費	一部 負担金 差額
----	----	----	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------------	-----	----	----	-----------	-----------	----	-----	----------	-----------	-----------------

療養の給付を受けることができなかった理由	交通事故等の 第三者行為	有・無
----------------------	-----------------	-----

傷病名 及び その原因		発病(負傷) 年月日	年 月 日
傷病の 経過		療養期間	年 月 日から 年 月 日まで (食事 日間 回)
療養内容		入院・入院外の別	入院・入院外
		※支給決定金額	
療養に要した費用	円	食事療養に要した費用	円
一部負担金	円	標準負担額	円
療養審査決定金額	円	食事審査決定金額	円

上記のとおり医療に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。

(宛先) 群馬県みどり市長

年 月 日

申請者 住所
(世帯主)

氏名

電話

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受 取 方 法	口座 現金	銀行・金庫 組合・農協	支店 支所
口座番号		普 当	
フリガナ 口座名義人			

受 付	審 査