

診療年月	年	月
------	---	---

国民健康保険
療養費支給申請書

受付年月日	給付受付番号
年 月 日	

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		取得異動年月日		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																				
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 日間 年 月 日まで (食事 回)														
					療養に要した費用	円														
療養内容					審査決定金額	円														
					入院・入院外の別	入院 ・ 入院外														
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 (世帯主)		住所																		
		氏名									電話									
		個人番号																		

□公金受取口座を利用する(利用する者は口座情報の記入不要)			
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