

保険者番号	138388	一般 ・ 海外
・ 70歳未満 ※市役所記入欄（該当箇所に○） 【負担割合】3割 【負担割合】2割（義務教育就学前） ・ 70歳以上 【負担割合】2割（一般・低1・低2） 【負担割合】3割（一般・現1・現2） ・ 共通 【公費該当】 有・無 【第三者行為該当】 有・無		入院 ・ 外来
		費用額 円
		支給額 円
		高額療養費 円

*太線枠内のみ記入してください。

国民健康保険療養費申請書		一般・歯科・調剤・補装具・靴型装具・柔整・その他		
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者の記 号番号	3 8 - .	療養を受けた 被保険者氏名	男 女
	傷 病 名		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日生
	発病・負傷 年 月 日	年 月 日	療養期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間
	診療薬剤の支給又は手当を 受けた病院・診療所・薬局 その他の者の名称及び所在地		(名 称) ----- (所在地)	
	診療調剤又は手当に従事した 医師、歯科医師、薬剤師 その他の者の氏名			
	療養費の支給申請をした 理由 (被保険者証で治療等が受 けられなかった具体的な理 由)		<input type="checkbox"/> 装具の購入の為 <input type="checkbox"/> 保険資格切替遅れの為 その他 -----	
	発病又は 負傷の原因	*連合会記入欄 療養に要した費用 拾万 万 千 百 十 円		
	振込先金融機関 (世帯主)	・ 銀行・農協 ・ 信用金庫	支店	口座 番号
	フ リ ガ ナ			
	口 座 名 義 人 (世 帯 主)			
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いたします。				
令和 年 月 日 (世帯主) 住 所 氏 名 電話番号 () 署名の場合は押印不要				
国立市長 殿				
受付 者印		傷病届提出 領収書返却希望	有・無 有・無	
簡素化申請		有・無		
備考				

イ・所要事項はもれなく記入し記入もれないようにしてください。
ロ・被保険者証で治療等を受けることが出来なかった理由は「法定伝染病」「生血購入」「補装具類の各費用の請求を除く他は、その理由を詳しく具体的に記入してください。
ハ・一般 歯科 生血補装具の該当のものを○でかこんでください。
ニ・発病又は負傷の原因 特に外傷の場合は具体的に受傷の原因を詳しく記入してください。
ホ・第三者行為に訂正した場合は必ず訂正印を押してください。
ヘ・記入事項を訂正した場合には必ず訂正印を押してください。

受 付 印