



※市役所記入欄（該当箇所に○）	一般	・	海外
・70歳未満	入院	・	外来
【負担割合】3割	費用額		円
【負担割合】2割（義務教育就学前）	支給額		円
・70歳以上	高額療養費		円
【負担割合】2割（4一般・低1・低2）			
【負担割合】3割（5一般・現並1・現並2）			
・共通			
【公費該当】（有・無）			

(注 意)

イ・所要事項は、もれなく記入し、記入もれの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」「至血購入」「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な受傷の原因を詳しく記入してください。
 ホ・第三者行為にかかると認められる場合は、別に「第三者行為による傷病届」を添付してください。
 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。

*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・補装具・靴型装具）

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号番号	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)	<input type="checkbox"/> 銀行・農協 <input type="checkbox"/> 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

()



国立市長 殿

受 付 印

受付者印		傷病届提出	有・無	世帯主整理番号	
		領収書返却希望	有・無	本人整理番号	