

機関番号

国民健康保険・退職者療養費支給申請書

制 度 別	1 国保	本人・ 家族	1 本人入院	7 高齢受給者一般・低所得者入院	給 付 割 合	7 割
			2 本人外来	8 高齢受給者一般・低所得者外来		8 割
			3 未就学者入院	9 高齢受給者7割給付入院		9 割
			4 未就学者外来	0 高齢受給者7割給付外来		
			5 家族入院			
			6 家族外来			

支給期間 年 月 日 ~ 年 月 日

	保険者番号	2	5	0	0	2	7
	被保険者証の記号番号						
	※個人番号(12桁)						
	保険者名						
	所在地						

療養を受けた 被保険者(受給者)の 氏名、性別、生年月日	氏名					
	生年	年 月 日				
	性別	1 男 2 女				

海外療養費区分 1 長期高額疾病区分 1 所得区分等 1 低所得Ⅰ 2 低所得Ⅱ 3 3月超

種 類	1 診療費	2 補装具			7 移送	8 その他
	1 医科 3 歯科 4 調剤 6 訪問看護 19 柔整					

療養(医療)に要した費用	日数	金額		一部負担金
		(請求金額)	円	(請求金額)
		*(決定金額)	円	*(決定金額)
	日	*(増減)	円	*(増減)

食事・生活療養費	日数	金額	標準負担額	* 返 戻
		(請求金額)	円	
		*(決定金額)	円	
	回	*(増減)	円	

傷病名

発病または負傷の 原因 経過 年月日			1:第三者行為(交通事故等) 2:その他(自損事故・疾病等)
	年 月 日	年 月 日	治癒・繰越・転医・中止・死亡

診療、薬剤の支給または手当を受けた
病院、診療所、薬局その他の者の名
称および所在地

診療または調剤に従事した医師、歯科
医師または薬剤師の氏名

療養の給付を受けることができなかった理由

上記のとおり療養(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。
年 月 日

申請者 住所 電話番号 () -

彦根市長 様 氏名 (署名または記名押印) 世帯主との続柄

払 渡 希 望 機 関 の 名 称	□公金受取口座を利用します。(利用する方は下記口座情報の記載は不要です。)					
	銀 行 信 用 金 庫 農 協	本 店 支 店 出 張 所	種 別	普 通 当 座		
	口座番号			口座名義人(カタカナでご記入ください。)		

(申出人と名義人が異なる場合は、名義人に領収権を委任します。)