

										機関番号											
国民健康保険療養費支給申請書																					
制 度 別	1 国保	本人・家族	1 本人入院 2 本人外来 3 未就学者入院 4 未就学者外来 5 家族入院 6 家族外来										7 高齢受給者一般・低所得者入院 8 高齢受給者一般・低所得者外来 9 高齢受給者7割給付入院 0 高齢受給者7割給付外来					給付割合	7 割		
			8 割																		
			9 割																		
支給期間		年 月 日 ～ 年 月 日																			
												保険者番号				2	5	0	0	2	7
												被保険者記号番号		滋彦							
												※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 1 医科 3 歯科 4 調剤 6 訪問看護 19 柔整		2 補装具								7 移送		8 その他								
療養(医療)に要した費用			日 数		金 額										一部負担金						
			日		(請求金額)										(請求金額)						
					円										円						
					*(決定金額)										円						
				円										円							
				円										円							
				円										円							
食事・生活療養費			日 数		金 額					標準負担額					* 返 戻						
			回		(請求金額)																
					円																
					*(決定金額)																
				円					円												
				円					円												
				円					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)											
										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 (被保険者または世帯主) 彦根市長 様			住 所					電話番号 () -													
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、口座情報の記入は不要です。)																		
			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。)																					
国保法第54条			備 考																		