

国民健康保険療養費支給申請書

常務理事	事務局長	課長	係長	係員

以下の太枠内をご記入ください。

保険者番号		0	0	1	3	3	2	3	1	記号・番号	87-	
療養を受けた方	受給者氏名											
	生年月日	3.	昭	4.	平	5.	令	年		月	日	
	性別	1. 男					2. 女					
	入外	1. 入院					2. 外来					
	発病又は負傷の理由											
	療養の給付を受けることができなかった理由											
<p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>組合員 住所 _____</p> <p>氏名 _____</p> <p>電話 _____</p> <p>(宛先) 全国左官タイル塗装業国民健康保険組合 理事長 殿</p>												
						支部受付印			本部受付印			

(下記は記入しないでください。)

資格区分	国保				給付割合	7割	8割	日数			日
本家区分	本人	家族	未就学	高齢者	療養期間	令和	年	月	日から		
診療年月	令和	年	月	診療		令和	年	月	日まで		
種類	1. 一般診療 (海外療養費含む) 【医科 ・ 歯科 ・ 調剤】 2. 補装具 3. 柔整 4. あんま・マッサージ 5. はり・きゅう 6. 移送費 7. その他 (生血)										
傷病名											
診療を受けた医療機関等の所在地											
診療を受けた医療機関名又は施術師											
支給申請をした理由											
療養に要した費用額					食事回数						
審査認定額					食事に要した費用						
一部負担金					食事標準負担額						
支給額											