

# 国民健康保険療養費支給申請書

01一般診療・02治療用装具・03柔道整復術・04 按摩・  
マッサージ・05鍼・灸・07移送費・08 その他

年 月 分

医療機関番号

1.一般	0.外来	1.本人 2.家族 3.就学前 4.高齢者	給付割合 7割・8割 9割・10割
4.退職	1.入院		

個人番号					保険者番号				
氏名					保険者名				
性別	1. 男 2. 女	生年月日	年	月	日	被保険者証 の記号番号	証記号	証番号	

傷病名							転帰 治ゆ 死亡 中止		
発病負傷年月日	年	月	日	療養期間	日から	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									
診療又は調剤に従事した医師, 歯科医師又は薬剤師等の氏名									
療養の給付を受けることができなかった理由	① 医師の診断により補装具を作成装着したもの。 ② 医師の同意により按摩・マッサージ又は鍼・灸の施術をうけたもの。 ③ その他(具体的に )				発病の原因				
					傷病の経過				
					療養内容				
療養に要した費用	円								
備考	年 月 日 No.				同意書提出済				
上記のとおり、療養に要した費用について別紙証拠書類(領収書及び診療内容の明細書)を添えて申請します。									
坂出市長 殿				住所			年 月 日		
				世帯主氏名			連絡先		

注 ① 傷病が第三者の行為による場合、右記の有に○をしてください。  
② 暦月ごとに作成すること。 ※印の箇所は記入しないこと。

第三者行為 有 ・ 無

振込先	金融機関名	銀行・金庫 支店	ツガナ	
		農協・組合 支所	名義人	
	口座種別・口座番号	1 普通 ・ 2 当座	口座番号	

□ 公金口座を利用する(利用する者は口座情報の記入不要  
公金口座を登録していないかたは、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出が不要になります。)

※決定欄	公費番号	費用額	一部負担金	食事・生活療養	回数	合計金額	標準負担額	
	保険	円	円		保険	回	円	円
	公費①	円	円		公費①	回	円	円
	公費②	円	円		公費②	回	円	円