

記入しないでください。	費用額	円	振込予定月 月中旬
	本人負担額	円	
	支給額	円	

国民健康保険療養費支給申請書					
被保険者 記号番号	36- 999999	療養を受けた 被保険者氏 名	ふじみ野 華子		世帯 主と の続 柄
個人番号			(S)H・R 22 年 12 月 25 日		
傷病名	〇〇〇〇〇〇症候群	一般・退職 被保険者等の別	(一般) 退職本人 退職扶養	70 歳 以 上	2割負担
発病又は負傷 年月日	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">医師による証明書の傷病名をご記入ください。</div> 令和 1 年 4 月 15 日		療養期間	年 月 日から	日間
			平成 年 月 日まで		
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	医療機関名		発病・負傷年月日、療養期間は 申請する療養費（診療費・舗装 具等）に関する年月日をそれぞ れ記入してください。		
	医療機関所在地				
診療又は調剤に従事した医師、歯 科医師又は薬剤師の氏名	医師の名前				
発病の原因	傷病名の経過	療養の内容			
療養の給付、入院時 食事療養費の支給 又は特定療養費の支 給を受けることができ なかった理由	①治療用装具を作製したため。 ②10割負担をしたため。 ③他保険の被保険者証を使用し ④海外で治療したため。 ⑤その他（		お支払いになった金額 を記入してください。	〇,〇〇〇円	
備考	例) 旅行中に体調を崩し、急遽、診療を受けたため。				
上記のとおり、別紙証拠書類を添えて申請します。 令和 1 年 6 月 1 日 ふじみ野市長 あて					
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px; display: inline-block;">世帯主様</div>					
〒 356-8501 世帯主 個人番号 住所 ふじみ野市 福岡1-1-1 氏名 ふじみ野 太郎 電話番号 049 (262) 9042					
振込先金融機関名		預金種別	預金口座の番号及び名義人		
金融機関コード	支店番号	(普) ・ 当	番号	1234567	
〇〇〇〇	(銀行) 信用金庫 〇〇〇 支店 農協		フリガナ	フジミノ タロウ	
			名義人	ふじみ野 太郎	

受付者名	確認者名	第三者行為	有 ・ (無)
------	------	-------	---------

<添付書類>

- ① 治療用器具を作成した場合
 - ・器具を必要を認めた医師の証明書
 - ・治療用器具に係る領収書

- ② 10割負担した場合、③ 他保険の被保険者証を使用した場合
 - ・診療報酬明細書(レセプト)
 - ・領収書

- ④ 海外で治療した場合
 - ・診療内訳明細書
 - ・領収明細書
 - ・領収書
 - * 外国語で作成されたものは、日本語の翻訳文を添付。