

# 一般診療

## 国民健康保険 療養費支給申請書

保険者番号	1 2 0 0 6 3	(療養を受けた)被保険者名	木更津 花子		
記号・番号	0 6 - XXXXXX	生年月日	昭・平・令 50年 2月 2日		
公費負担者番号		性別	1. 男 <input type="radio"/> 2. 女 <input checked="" type="radio"/>	日数	日
受給者番号		入院外来	1. 入院 2. 外来	食事回数	回
個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	第三者行為の有無	有・ <input checked="" type="radio"/> 無		
保険制度	<input checked="" type="radio"/> 1. 国保 4. 退職(退職本人・退職扶養)	給付割合	<input checked="" type="radio"/> 7割 8割 9割		
高齢者・乳幼児	1. 70歳以上高齢者 2. 6歳(未就学者)	療養期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
診療年月	年 月 診療				
療養の種類	<input checked="" type="radio"/> 01 一般診療 (1. 海外療養費) 02. 補装具 03. 柔整 04. あんま・マッサージ 05. はり・きゆう 06. 看護 07. 移送 08. その他 09. 標準負担額 10. 生血				
傷病名		疾病コード		受領委任コード	
診療を受けた医療機関等の所在地及び名称		機関コード			
申請の理由		発病又は、負傷の原因		長期	長期高額 1. 低 I 2. 低 II
診療・調剤又は、手当てに従事した医師、歯科医師、薬剤師等の名称				第二別	
療養に要した費用(A)		支給額			
薬剤一部負担金(B)					
患者負担額(C)		審査会認定(A)			
食事に要した費用(D)		審査会認定(D)			
食事標準負担額(E)					
振込先	銀行名/コード	〇X 銀行	支店名/コード	△△△ 支店	
	口座番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	預金種目	<input checked="" type="radio"/> 1. 普通 2. 当座 3. 別段 4. 貯蓄預金 9. 他	
	口座名義人	フリガナ キサラツ	タロウ		
		木更津 太郎	備考		

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。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

世帯主 住所 木更津市朝日3丁目10番19号  
 氏名 木更津 太郎 (印)  
 個人番号 △△△△△△△△△△△△  
 電話 0438 - 00 - XXXX (携帯電話でも可)

宛て先 木更津市長 様

※太わくの中のみ記載して下さい

※世帯主の口座

添付書類  
 一般診療: レセプト 領収書  
 補装具: 医師の証明書 領収書(費用内記入)  
 領収書の返却希望: 有  
 本人確認書類 ( )  
 受付者 ( )

窓口に来た方 住所  
 氏名(続柄)  
 連絡先

# 補装具

## 国民健康保険 療養費支給申請書

※太わくの中のみ記載して下さい

保険者番号	1 2 0 0 6 3	(療養を受けた)被保険者名	木更津花子		
記号・番号	0 6 - XXXXXX	生年月日	昭・平・令 50年 2月 2日		
公費負担者番号		性別	1. 男 (2) 女	日数	日
受給者番号		入院外来	1. 入院 (2) 外来	食事回数	回
個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	第三者行為の有無	有・(無)		
保険制度	(1) 国保 4. 退職(退職本人・退職扶養)	給付割合	(7割) 8割 9割		
高齢者・乳幼児	1. 70歳以上高齢者 2. 6歳(未就学者)	療養期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
診療年月	年 月 診療	療養の種類	01. 一般診療 (1. 海外療養費) (02) 補装具 03. 柔整 04. あんま・マッサージ 05. はり・きゆう 06. 看護 07. 移送 08. その他 09. 標準負担額 10. 生血		
傷病名	胸腰椎圧迫骨折	疾病コード		受領委任	コ ー ド
診療を受けた医療機関等の所在地及び名称	木更津あさひ病院	機関コード		長期	長期高額
申請の理由		発病又は、負傷の原因		1. 低I 2. 低II	
診療・調剤又は、手当てに従事した医師、歯科医師、薬剤師等の名称		第 二 別			
療養に要した費用(A)		支 給 額			
薬剤一部負担金(B)		審査会認定(A)			
患者負担額(C)		審査会認定(D)			
食事に要した費用(D)					
食事標準負担額(E)					
振込先	銀行名/コード	〇× 銀行	支店名/コード	△△△	支店
	口座番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	預金種目	①普通 2. 当座 3. 別段 4. 貯蓄預金 9. 他	
	口座名義人	フリガナ キサラツ	タロウ		
		木更津 太郎	備考		
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。					
令和〇〇年〇〇月〇〇日					
世帯主 住所 木更津市朝日3丁目10番19号					
氏名 木更津 太郎 (印)					
個人番号 △△△△△△△△△△△△					
電話 0438-00-XXXX (携帯番号も可)					
宛て先 木更津市長 様					

※世帯主の口座

窓口に来た方 住所  
氏名(続柄)  
連絡先

添付書類  
一般診療：□レセプト □領収書  
補装具：□医師の証明書 □領収書(費用内記入)  
領収書の返却希望：□有  
本人確認書類( )  
受付者( )