

|                                                                                           |  |                           |  |              |  |       |  |   |  |      |  |         |  |    |  |       |  |         |  |     |  |          |       |            |  |         |  |            |  |        |  |        |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------|--|--------------|--|-------|--|---|--|------|--|---------|--|----|--|-------|--|---------|--|-----|--|----------|-------|------------|--|---------|--|------------|--|--------|--|--------|--|--|--|--|--|
| 国民健康保険療養費支給申請書                                                                            |  |                           |  |              |  |       |  |   |  |      |  |         |  |    |  |       |  |         |  |     |  |          | 受付担当者 |            |  |         |  |            |  |        |  |        |  |  |  |  |  |
| 診療年月                                                                                      |  | 令和                        |  | 年            |  | 月     |  | 有 |  | 原爆   |  | 障害      |  | 乳児 |  | 受付年月日 |  | 令和      |  | 年   |  | 月        |       | 日          |  |         |  |            |  |        |  |        |  |  |  |  |  |
| 保険者名                                                                                      |  | 府                         |  | 中            |  | 町     |  | 無 |  | ひとり親 |  | その他( )  |  |    |  |       |  |         |  |     |  |          |       |            |  |         |  |            |  |        |  |        |  |  |  |  |  |
| 保険者番号                                                                                     |  | 340141                    |  | 療養を受けた被保険者氏名 |  |       |  |   |  |      |  |         |  |    |  |       |  |         |  |     |  | 保険種別     |       | 一般被保険者     |  |         |  |            |  |        |  |        |  |  |  |  |  |
| 被保険者記号番号                                                                                  |  |                           |  | 生年月日         |  | 昭・平・令 |  |   |  |      |  |         |  |    |  |       |  |         |  |     |  |          |       | 年          |  | 月       |  | 日          |  | 退職被保険者 |  | 本人     |  |  |  |  |  |
|                                                                                           |  |                           |  | 個人番号         |  |       |  |   |  |      |  |         |  |    |  |       |  |         |  |     |  |          |       |            |  |         |  | 被扶養者       |  |        |  |        |  |  |  |  |  |
| 傷病名                                                                                       |  |                           |  | 療養期間         |  | 令和    |  |   |  |      |  |         |  |    |  |       |  |         |  |     |  | 年        |       | 月          |  | 日       |  | から         |  | 診療実日数  |  | 本人家族入外 |  |  |  |  |  |
| 発病負傷年月日                                                                                   |  | 令                         |  |              |  | 和     |  | 年 |  | 月    |  | 日       |  | 令和 |  | 年     |  | 月       |  | 日   |  | まで       |       | 日          |  | 01:本人入院 |  | 06:家族外来    |  |        |  |        |  |  |  |  |  |
| 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                                                    |  |                           |  |              |  |       |  |   |  |      |  |         |  |    |  |       |  | 給付割合    |  | 割   |  | 04:未就学外来 |       | 09:高齢者入院7割 |  | 05:家族入院 |  | 10:高齢者外来7割 |  |        |  |        |  |  |  |  |  |
| 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                                                                |  |                           |  |              |  |       |  |   |  |      |  |         |  |    |  |       |  | 医療機関コード |  |     |  |          |       |            |  |         |  |            |  |        |  |        |  |  |  |  |  |
| 療養の給付等を受けることができなかった理由                                                                     |  | 1 急病等により被保険者証を携帯していなかったため |  |              |  |       |  |   |  |      |  |         |  |    |  |       |  | 傷病の原因   |  |     |  |          |       |            |  |         |  |            |  |        |  |        |  |  |  |  |  |
|                                                                                           |  | 2 資格確認書の交付前であったため         |  |              |  |       |  |   |  |      |  |         |  |    |  |       |  | 傷病の経過   |  |     |  |          |       |            |  |         |  |            |  |        |  |        |  |  |  |  |  |
|                                                                                           |  | 3 治療用装具                   |  |              |  |       |  |   |  |      |  |         |  |    |  |       |  |         |  |     |  |          |       |            |  |         |  |            |  |        |  |        |  |  |  |  |  |
| 4 生血                                                                                      |  |                           |  |              |  |       |  |   |  |      |  |         |  |    |  | 療養内容  |  |         |  |     |  |          |       |            |  |         |  |            |  |        |  |        |  |  |  |  |  |
| 5 柔道整復                                                                                    |  |                           |  |              |  |       |  |   |  |      |  |         |  |    |  |       |  |         |  |     |  |          |       |            |  |         |  |            |  |        |  |        |  |  |  |  |  |
| 6 海外渡航中であったため                                                                             |  |                           |  |              |  |       |  |   |  |      |  |         |  |    |  |       |  |         |  |     |  |          |       |            |  |         |  |            |  |        |  |        |  |  |  |  |  |
| 7 その他                                                                                     |  |                           |  |              |  |       |  |   |  |      |  |         |  |    |  |       |  |         |  |     |  |          |       |            |  |         |  |            |  |        |  |        |  |  |  |  |  |
| 〔                                                                                         |  |                           |  |              |  |       |  |   |  |      |  |         |  |    |  |       |  |         |  |     |  |          |       |            |  |         |  |            |  |        |  |        |  |  |  |  |  |
| 〕                                                                                         |  |                           |  |              |  |       |  |   |  |      |  |         |  |    |  |       |  |         |  |     |  |          |       |            |  |         |  |            |  |        |  |        |  |  |  |  |  |
| 療養に要した費用                                                                                  |  | 千                         |  | 万            |  | 百     |  | 十 |  | 円    |  |         |  |    |  |       |  |         |  |     |  |          |       |            |  |         |  |            |  |        |  |        |  |  |  |  |  |
| 備考                                                                                        |  |                           |  |              |  |       |  |   |  |      |  |         |  |    |  |       |  |         |  |     |  |          |       |            |  |         |  |            |  |        |  |        |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する<br>※マイナポータルであらかじめ登録している口座に支給を希望する場合は、以下の振込口座は記入不要です。 |  |                           |  |              |  |       |  |   |  |      |  |         |  |    |  |       |  |         |  |     |  |          |       |            |  |         |  |            |  |        |  |        |  |  |  |  |  |
| 振込先                                                                                       |  | 金融機関名及び店舗名                |  | 銀行           |  |       |  |   |  |      |  |         |  |    |  |       |  |         |  | 本店  |  | 種別       |       | 1 普通       |  | 2 当座    |  |            |  |        |  |        |  |  |  |  |  |
|                                                                                           |  |                           |  | 信用金庫         |  |       |  |   |  |      |  |         |  |    |  |       |  |         |  | 支店  |  | 口座番号     |       |            |  |         |  |            |  |        |  |        |  |  |  |  |  |
|                                                                                           |  |                           |  | 信用組合         |  |       |  |   |  |      |  |         |  |    |  |       |  |         |  | 出張所 |  |          |       |            |  |         |  |            |  |        |  |        |  |  |  |  |  |
|                                                                                           |  |                           |  | 農業協同組合       |  |       |  |   |  |      |  |         |  |    |  |       |  |         |  |     |  |          |       |            |  |         |  |            |  |        |  |        |  |  |  |  |  |
| 口座名義人(カナ)                                                                                 |  |                           |  |              |  |       |  |   |  |      |  |         |  |    |  |       |  |         |  |     |  |          |       |            |  |         |  |            |  |        |  |        |  |  |  |  |  |
|                                                                                           |  |                           |  |              |  |       |  |   |  |      |  |         |  |    |  |       |  |         |  |     |  | 第三者行為の有無 |       | 有          |  | 無       |  |            |  |        |  |        |  |  |  |  |  |
| 上記のとおり、療養に要した費用の額に関する証拠書類を添えて国民健康保険療養費の支給を申請します。                                          |  |                           |  |              |  |       |  |   |  |      |  |         |  |    |  |       |  |         |  |     |  |          |       |            |  |         |  |            |  |        |  |        |  |  |  |  |  |
| 令和 年 月 日                                                                                  |  |                           |  |              |  |       |  |   |  |      |  |         |  |    |  |       |  |         |  |     |  |          |       |            |  |         |  |            |  |        |  |        |  |  |  |  |  |
| 世帯主住所                                                                                     |  |                           |  |              |  |       |  |   |  |      |  |         |  |    |  |       |  |         |  |     |  |          |       |            |  |         |  |            |  |        |  |        |  |  |  |  |  |
| (フリガナ)                                                                                    |  |                           |  |              |  |       |  |   |  |      |  |         |  |    |  |       |  |         |  |     |  |          |       |            |  |         |  |            |  |        |  |        |  |  |  |  |  |
| 世帯主氏名                                                                                     |  |                           |  |              |  |       |  |   |  |      |  | 連絡先電話番号 |  |    |  |       |  |         |  |     |  |          |       |            |  |         |  |            |  |        |  |        |  |  |  |  |  |