

別記

様式第1号(第2条第1項関係)

国民健康保険 療養費支給申請書

保険者番号										(療養を受けた) 被保険者名									
記号・番号										生年月日				年	月	日			
公費負担者番号										性別				日	数	日			
受給者番号										入院外来				食事回数		回			
個人番号										第三者行為				1. 有	2. 無				
保険制度										給付割合									
高齢者・乳幼児										療養期間				年	月	日	から		
診療年月									年	月	診療			年	月	日	まで		
療養費種別																			
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				
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 法 別	1. 低I 2. 低II				
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									支店名/コード									支店
	口座番号									預金種目									
	フリガナ																		
	口座名義人									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。																			
年 月 日																			
世帯主 住所																			
氏名																			
個人番号																			
電話																			
銚子市長										様									