



国民健康保険 療養費支給申請書

被保険者番号			個人番号		
世帯番号			療養を受けた被保険者氏名		
傷病名	別添のとおり		生年月日	S・H・R	年 月 日
発病、負傷年月日	別添のとおり		療養期間	年 月 日から	年 月 日まで
診療、薬剤の支給又は手当てを受けた病院、診療所、薬局その他の者の名称及び所在地	別添のとおり				
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	別添のとおり				
発病の原因	別添のとおり		傷病の経過	別添のとおり	
療養の内容	別添のとおり		療養に要した金額	円	
療養の給付を受けとることができなかった理由	1. コルセット装具は療養費払いの形式によるため 2. 旅行中等のため保険証をもっていなかったもの 3. 他保険使用			5. 特別療養費 6. 海外療養費 7.	
				割給付 円	
(振込先)	銀行 信金 農協		支店	預金の種類	1. 普通 2. 当座
世帯主の口座	(フリガナ)			口座番号	
	氏名			金融機関コード	
備考					
上記の療養に要した費用を支給されるよう関係証拠書類を添えて申請します。					
高知市長 様			令和 年 月 日		
世帯主	住所	高知市			
	氏名				
		(電話 - -)			
		個人番号			

(添付書類)	<input type="checkbox"/> 医療機関証明	<input type="checkbox"/> 領収書	<input type="checkbox"/> 写真(※くつ型装具の場合)	<input type="checkbox"/> 診療報酬明細書
--------	---------------------------------	------------------------------	--	----------------------------------

- (注) 1. 申請時には保険証・領収書を持参してください。
 2. 一般の医療費は、医師の証明する療養明細書を添付してください。
 3. コルセット装具の費用は、医師の証明書および装具装着証明書を添付してください。
 4. マッサージ・はり・きゅうの施術料は、医師の同意書・施術の証明書を添付してください。
 5. 傷病が交通事故等第三者の行為による場合は、その旨申し出てください。

受付	・	・
滞納	有	無
支払方法	窓口・振込	