

国民健康保険療養費等支給申請書

申請者(世帯主)の個人番号																											
保険者番号				4	2	0	6	6	1	海外療養費		1:該当		給付割合		7	8	9	第三者行為		1:該当						
記号・番号		東彼杵								受給者名						性別		男・女									
被保険者(病院等にかかった人)の個人番号																											
生年月日		3 昭和	4 平成	5 令和					年			月			日	住所		東彼杵町郷									
公費負担		有・無		公費負担者番号											公費受給者番号												
保険種別		1国保 4退職																									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0																
		本入	本外	六入	六外	家入	家外	高入一	高外一	高入7	高外7																
療養費種別		1:一般診療			2:補装具		3:柔整	4:あんま マッサージ	5:はり きゅう	6:看護	7:移送	8:その他 ()			10:生血												
		1:医科	3:歯科	4:調剤																							
傷病名										補装具を採寸した日または 診療・移送等を行った日				平成 令和			年			月			日				
診療期間		～														診療実日数				日							
診療及び補装具の装着、移送 の判断等を行った医療機関名								医療機関 コード																			
療養の給付を受けることができなかった理 由																											
上記のとおり関係書類を添えて申請します。																											
令和 年 月 日										住所 東彼杵町郷																	
										申請者氏名(世帯主)																	
(あて先) 東彼杵町長										(電話番号 - -)																	
振込先 (世帯主 名義)		銀行 協同組合						本店		口座 種別	1 普通	口座 番号															
		信用金庫 信用組合						支店			2 当座																
		銀行 コード						支店 コード			3 その他 ()		口座 名義	カタカナ													
公金受取口座		☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。																									
		費用額				保険者負担額				一部負担金				他法負担分 ()				公費患者負担分				指定公費(1割) 70～74歳					
請求																											
決定																											