

国民健康保険療養費支給申請書

令和 年 月 日

神 山 町 長 殿

住 所 名西郡神山市 字 番地
(申請者) 氏 名
個人番号
電話番号

療養に要した費用	円	00:国 67:退	1:本入 3:三入 5:家入 7:高入8割 9:高入7割	2:本外 4:三外 6:家外 8:高外8割 0:高外7割
薬剤一部負担金	円	低Ⅰ ・ 低Ⅱ	1:医科 2:歯科 3:調剤	給付割合 割
一 部 負 担 金	円	3月超	特疾	食事 第三者行為 有 ・ 無
保険者負担額	円	保 険 者 名		神 山 町
診 療 月	令和 年 月	保 険 者 番 号		3 6 0 0 9 9
診 療 実 日 数	日	世帯主	住 所	名西郡神山市 字 番地
員 番			氏 名	
被保険者氏名			個 人 番 号	
個 人 番 号			被 保 険 者 証 記 号 番 号	神 山
被 保 険 者 生 年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日			
発病・負傷年月日	令和 年 月 日	療 養 期 間	年 月 日から 年 月 日まで	
傷 病 名				
診療を受けた病院等の名称				
医療機関コード	所在地			
療 養 費 の 種 類 1:一般診療 2:補装具 3:柔道整復 4:アンマ・マッサージ 5:はり・きゅう 6:看護 7:移送 8:その他 9:標準負担額差額				
振込先 (世帯主)	☐ 公金受取口座を利用する (利用する場合は口座情報の記入不要) ☐ 振込口座を指定する			
	金融機関		支店名	
	口座種目		口座番号	
	口座名義人(カナ)			