

国民健康保険 療養費支給申請書

※太わくの中のみ記載して下さい

保険者番号	1 2 0 7 6 6	(療養を受けた)被保険者名	大網 マリン
記号・番号	7 6 - 1 2 3 4 5 6	生年月日	3.昭 4.平 5.令 1年 1月 1日
公費負担者番号		性別	1. 男 2. 女 <input checked="" type="radio"/> 日数
受給者番号		入院外来	1. 入院 2. 外来 <input checked="" type="radio"/> 食事回数
個人番号	2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	第三者行為	1. 有 2. 無 <input checked="" type="radio"/>

保険制度	1. 国保 4. 退職 (退職本人・退職扶養)	給付割合	7割 8割
高齢者・乳幼児	1. 70歳以上高齢者 2. 6歳(未就学者)	療養期間	5. 令和 年 月 日 から
診療年月	5. 令和 年 月 診療		5. 令和 年 月 日 まで

療養費種別	01. 一般診療 (1. 海外療養費) 02. 補装具 03. 柔整 04. あんま・マッサージ 05. はり・きゅう 06. 看護 07. 移送 08. その他 09. 標準負担額差額 10. 生血
-------	---

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 1. 低 I
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			

・赤字部分を記入してください。
 ・振込先は、世帯主となりますので、通帳の写しを添付してください。
 ・世帯主以外に振込を希望する場合は、委任状が必要です。
 ・交通事故等第三者の加害による診療の場合は、「第三者行為」の「有」に○をつけてください。

療養に要した費用(A)	
薬剤一部負担金(B)	
患者負担額(C)	
食事に要した費用(D)	
食事標準負担額(E)	

振込先	銀行名/コード	大網銀行 9 9 9 9	支店名/コード	大網 支店 0 0 2
	口座番号	1 1 1 1 1 1 1	預金種目	1. 普通 2. 当座 3. 別段 4. 貯蓄預金 9. 他
	フリガナ	オ オ ア ミ マ リ ン	口座名義人	大網 マリン
			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。

令和 5年 1月 27日

世帯主 住所 大網白里市大網115番地2
 氏名 大網 マリン 印 ※(署名又は記名押印)
 電話 0475-70-0334

宛て先 大網白里市長 様