

国民健康保険療養費支給申請書兼請求書

年 月 日

松原市長 殿

下記のとおり療養に要した費用の支給を明細書及び領収書を添えて申請及び請求します。

申請者（国保世帯主）住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ ④ 個人番号 \_\_\_\_\_  
 被保険者記号・番号 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

療養を受けた被保険者の氏名又は個人番号	
診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局その他の者の名称及び所在地	(名称)
	(所在地)
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	
療養の給付を受けることができなかった理由	1. 装具装着のため 2. 被保険者の資格を確認できる書類を持参していなかったため 3. 現物給付が受けられないため 4. その他 ( )
傷病名	
傷病の原因	1. 第三者行為(交通事故等) 2. 業務上の災害(通勤災害等) 3. その他(自損事故・疾病等)
発病又は負傷の年月日	1. 年 月 日 2. 不詳
傷病の経過	1. 入院 2. 外来
療養期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間
療養内容	別紙明細書のとおり
療養につき算定した費用の額	別紙明細書及び領収書のとおり

支給される療養費は、( ) 年度保険料に充当する。 申請者（国保世帯主） \_\_\_\_\_ ④

療養費の支給については下記口座への振込を依頼します。

受取口座 ※名義人は申請者（国保世帯主）に限る			1. マイナポータルに登録されている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) 2. 振込口座を指定する。						
振込先	金融機関	銀行名	フリガナ						
		支店名	口座名義人						
	口座種別	普通・当座・( )	口座番号						

===== 以下、市使用欄 =====

総医療費	負担率	一部負担金	支給額	区分	受付	台帳
	一般 高齢3 高齢2 未就学			本人 家族		—