

国民健康保険療養費支給申請書

年 月 日										
(宛先)鎌倉市長					住所 -----					
					世帯主 氏名 ----- (印)					
					電話 ()					
次のとおり、療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。					個人番号 -----					
					□この診療は、第三者行為(事故・喧嘩等)によるものではありません。					
被保険者証の記号・番号		05-			被保険者氏名			世帯主との続柄		
発病・負傷年月日		. .			生年月日 年 月 日		個人番号			
傷病名					療養期間		年 月 日から			
対象者区分		<input type="checkbox"/> 一般被保険者 <input type="checkbox"/> 退職被保険者本人 <input type="checkbox"/> 退職被保険者家族			<input type="checkbox"/> 就学時前 <input type="checkbox"/> 65~69歳 <input type="checkbox"/> 高齢一般 <input type="checkbox"/> 高齢一定以上		<input type="checkbox"/> 乳児 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> ひとり親			
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										
診療又は、調剤に従事した医師、歯科医師及び薬剤師の氏名										
療養の給付を受けることができなかった理由		----- ----- -----								
発病の原因					療養の内容					
傷病の経過					療養に要した費用		円			
審査決定金額		円			支給金額 7・8・9・10割		円			
次のとおり決定してよいでしょうか。(伺い)					起 案		. .			
課長		課長補佐	係長	係	担当	決 裁		. .		
区分 <input type="checkbox"/> 承認します <input type="checkbox"/> 承認しません (理由)					承認番号					
					支給簿番号					
受付		審査依頼 . .			審査終了受付 . .		支給 . .			
口座振込		銀行					本店 支店		<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	
		口座番号			口座名義(カタカナ)					