

国民健康保険療養費支給申請書

令和 年 月 日

(宛先)鎌倉市長

住所 鎌倉市御成町1.8番1.0号

申請内容等についてご連絡
する場合がありますので
日中連絡のつく電話番号を
ご記入ください。

世帯主 氏名 鎌倉 太郎 (印)

電話 0467 (23)3000

個人番号 (マイナンバー番号12桁)

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。

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。

必ずご捺印ください。

被保険者証の 記号・番号	05-12345678	被保険者氏名	鎌倉 太郎		世帯主 との 続柄	本人
発病・負傷 年 月 日	(装具の必要性を医師が 認めた日)	生年月日	S30年1月1日	個人 番号	(マイナンバー番号12桁)	
傷病名	(意見書に記載されて いる傷病名)	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	(病院名)					
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	(医師の名前)					
療養の給付を受けることができなかつた理由	装具の申請					
発病の原因	療養の内容		コルセット			
傷病の経過	療養に要した費用		(医療適用内の領収書金額) 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			
受付	審査依頼		審査終了受付		支給	
口座振込	鎌倉 銀行		鎌倉 本店		<input checked="" 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)			
	1234567		カマクラ タロウ			

世帯主の口座情報を
記入してください。