

負傷原因確認	収納状況	記入例

甲府市国民健康保険療養費支給申請書

保 険 者 番 号

1	9	0	0	1	7
---	---	---	---	---	---

加入制度

1国保	1本入	3六入	5家入	7高一入	9高7入
4退職	2本外	4六外	6家外	8高一外	0高7外

連合会確認欄

決定額					
一部負担額					
支給額					
	福	障			



朱肉の使える印かん

支給申請書受理番号:

申請内訳		0101一般 0103歯科 0104調剤 02補装具 03柔整 04マッサージ 05はり・きゅう 06生血 07移送								
(世帯申請主)	住所	〒400-0000 甲府市〇〇△丁目〇番〇〇号								
	氏名	〇〇〇 〇〇〇	個人番号	△△△△△△△△△△△△△△						
	電話(連絡先)	090-0000-0000	生年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日 生						
被保険者番号	〇〇〇-〇〇〇〇	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	療養を受けた方の 生年月日・性別						
療養を受けた被保険者氏名	〇〇〇 △△△	世帯番号	記入不要です。							
個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		受診者宛名番号	記入不要です。						
傷病名	頸椎損傷									
発病負傷年月日	令和〇年〇月〇日									
療養期間(調剤・施術)	令和〇年〇月〇日 ~ 令和〇年〇月〇日									
発病又は負傷の原因	交通事故		第三者からの行為による受診	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ						
診療薬剤の支給又は手当を受けた病院・診療所・薬局等	所在地 名称 甲府市〇〇町〇〇番地 〇〇整形外科医院									
療養費の支給申請をした理由	<input checked="" type="checkbox"/> 1 旅行中発病し、被保険者証を所持していなかった。 <input type="checkbox"/> 2 旅行中発病し被保険者証を提出したが保険診療をしてもらえなかった。 <input type="checkbox"/> 3 遠隔地の被保険者証を提出したが保険診療をしてもらえなかった。 <input type="checkbox"/> 4 保険診療していない病院・診療所等での診療を必要とした。 <input type="checkbox"/> 5 医師の診断により(治療用装具・生血・移送)を必要とした。 <input type="checkbox"/> 6 その他()		診療調剤又は手当に従事した医師、歯科医師、薬剤師その他の者の氏名							
次の口座にお振り込み下さい。	世帯主の口座に振り込みます。		療養に要した費用							
			百万	十万	万	千	百	十	円	
			¥	〇	〇	〇	〇	〇	〇	
振込先金融機関	銀行コード			支店コード						
	銀行名	〇〇〇		支店名	〇〇〇支店					
	(右詰前0)口座番号	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇
	フリガナ	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇
口座名義人	〇〇〇 〇〇〇		朱肉の使える印かん							
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します。			令和	〇	年	〇	月	〇	日	
世帯主氏名			〇〇〇 〇〇〇		印					
(あて先) 甲府市長										