

国民健康保険療養費支給申請書

										1		受付年月日 令和 年 月 日		整理番号								
被保険者証番号										国保		退職		割合		7割	8割	9割	10割			
										1		本人3 扶養4		7		8	9	0				
フリガナ										福祉医療		移行 41.42		乳幼児 80.81		重度障害 43.44.82.83		ひとり親 84.85	子ども 47.48			
被保険者氏名(患者名) 生年月日										男 1												
昭・平・令 年 月 日生										女 2		公費		受給者番号								
宛番号										被保険者の個人番号		- -		国保資格取得日		3 昭和 4 平成 5 令和		年 月 日				
病院・診療所・薬局その他の名称及び所在地																						
従事した医師、歯科医師または薬剤師の氏名																						
種類										表別		入院		外来								
1	2	3	4	5	7	8	1	3	4	1本人入	7高入一般	2本人外	8高外一般									
一般診療	補装具	柔整	アロマ マッサージ	ハリ 灸	移送	その他	医科	歯科	調剤	3就学前入	5家族入	9高入上位	4就学前外	6家族外	0高外上位							
傷病名										左大腿骨頸部骨折												
業務上・業務外、 第三者行為の有無										1.業務上	2.第三者行為	3.その他	療養期間	令	年	月	日から	令	年	月	日まで	日間
発病・負傷年月日										3 昭和	5 令和	年	月	日	療養に要した費用		医療費審査決定額					
鍼・灸・あんま マッサージ										初検日	平成・令和	年	月	日	第 回							
上記のとおり療養に要する										<p style="color: red; font-weight: bold;">第三者行為による加害行為によって負傷等をした場合</p> <p style="color: red;">①【傷病名】欄を記載してください。</p> <p style="color: red;">②交通事故の場合、【業務上・業務外、第三者行為の有無】欄の「2.第三者行為」に○を記載してください。</p> <p style="color: red;">交通事故以外の場合、()内に負傷原因を記載してください。</p> <p style="color: red;">(例)暴力を振るわれた、他人の犬に噛まれた等</p>												
申請者(世帯主) 住所 氏名																						
受取人 支払地										1 口座振込希望	2 払込	3 委託払	4 窓口(委任)払希望	銀行		本店支店		保険者番号		申請者の個人番号		
種別										1 普通	2 当座	4 貯蓄	9 その他	口座番号	金額欄							
口座名義人(カタカナ)																						
総医療費										支給額合計												
公開の状況:非公開 (神戸市情報公開条例第10条第1号)に該当										分類	17・04・02・03	保存	5年									
決定事項										決裁		審査										
<input type="checkbox"/> 支給理由 国民健康保険法第54条第 項に該当のため <input type="checkbox"/> 不支給理由										課長	係長	係	事務	資格	受付							
										起案	令和	年	月	日	受付	令和	年	月	日			
										決裁	令和	年	月	日								

注意事項 未納保険料がある方については、給付を差し止めることがあります。