

国民健康保険療養費等支給申請書

申請者(世帯主)の個人番号																							
保険者番号			4	2	0	0	2	6	海外療養費	0:非該当 1:該当	給付割合	7 9	8 10	第三者行為	0:非該当 1:該当								
記号・番号	させぼ							受給者名						性別	男・女								
被保険者(病院等にかかった人)の個人番号																							
生年月日	3 昭和	4 平成	5 令和				年				月				日	住所							
公費負担	有・無	公費負担者番号												公費受給者番号									
保険種別	1国保 4退職																						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	本入	本外	六入	六外	家入	家外	高入一	高外一	高入7	高外7			
療養費種別	1:一般診療			2:補装具		3:柔整	4:あんま マッサージ	5:はり きゆう	6:看護	7:移送	8:その他 ()			10:生血									
	1:医科	3:歯科	4:調剤																				
傷病名								補装具を採寸した日または 診療・移送等を行った日			平成 令和			年			月			日			
診療期間	～											診療実日数			日								
診療及び補装具の装着、移送 の判断等を行った医療機関名							医療機関 コード																
療養の給付を受けることができなかった理由																							
上記のとおり関係書類を添えて申請します。																							
令和 年 月 日										住所 _____													
										申請者 氏名 _____ (印)													
(あて先) 佐世保市長 様										(電話番号 _____)													
振込先 (世帯主 名義)	銀行 協同組合			本店			口座 種別	1 普通		口座 番号													
	信用金庫 信用組合			支店				2 当座			カタカナ												
銀行 コード					支店 コード			3 その他 ()		口座 名義	漢字												
	費用額			保険者負担額			一部負担金			他法負担分 ()			公費患者負担分			指定公費(1割) 70～74歳							
請求																							
決定																							

※太枠内をご記入ください