

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 本入	2 本外	3 六入	4 六外	5 家入	6 家外	7 高入一	8 高外一	9 高入7	0 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 きゅう	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 (世帯主)									
(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 信用金庫 信用組合								本店 支店	口座 種別 ()	1 普通	口座 番号							
	銀行 コード							支店 コード					2 当座	カタカナ 漢字					
											3 その他	口座 名義							

	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