様式第７号（第１８条関係）

受付印

国民健康保険療養費支給申請書

診療年月	年　月	保険者名	廿日市市	保険者番号	340281
療養を受けた被保険者氏名	男 女	被保険者記号・番号	0	第三者行為の有無	有・無
生年月日	年　月　日（　）歳	個人番号			
傷病名		療養期間	年　月　日から 年　月　日まで	診療実日数	日
発病負傷年月日	年　月　日				
療養の給付等を受けることができなかった理由	1 急病等により資格が確認できなかったため 2 資格取得手続前であったため 3 治療用装具 4 生血 5 柔道整復 6 海外渡航中であったため 7 その他 （　　）	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			
		所在地			
		名称			
		診療又は調剤に従事した医師、歯科医師又は薬剤師の氏名			

廿日市市長　様

上記のとおり、療養に要した費用の額を証する書類を添えて国民健康保険療養費の支給を申請します。

年　　月　　日

住　所

フリガナ

氏　名

世帯主

個人番号

電話番号　（　　）　　－

※以下市記入欄

支給額　（　　）円　　療養に要した費用（　　）円

一部負担金（　　）円

負担割合　□２割　□３割

本人家族入外　01：本人入院　02：本人外来　03：未就学入院　04：未就学外来
05：家族入院　06：家族外来　07：高齢者入院一般　08：高齢者外来一般
09：高齢者入院７割　00：高齢者外来７割

福祉医療　□なし　□乳幼児　□こども　□重度　□ひとり親　□その他

世帯主宛名番号　（　　）

納付状況　□完納　□その他（　　）

支給方法　□全額支給　□一部充当　□全部充当

医療機関コード

受付

備考　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ列４番とする。