

国民健康保険療養費等支給申請書

受付印	課長	課長補佐	係長	係
	決			
	裁			

申請者(世帯主)の個人番号																					
保険者番号			4	2	0	1	0	9	海外療養費	1:該当	給付割合	7	8	9	第三者行為	1:該当					
記号・番号	(枝番)								受給者名					性別							
被保険者(病院等を受診した人)の個人番号																					
生年月日									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												
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)	_____											
吉岐市長 様									(電話番号	- - )											
振込先口座	銀行 協同組合 信用金庫 信用組合				本店		口座種別	1 普通	口座番号												
	銀行コード				支店コード	支店		2 当座		口座名義	カタカナ										
						3 その他	( )	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																					

[本人確認書類]

(1点) マイナンバーカード 運転免許証 運転経歴証明書 身体障がい者手帳 パスポート その他( )  
 (2点) 健康保険証 介護保険証 診察券 年金手帳(年金番号通知書) 年金証書 その他( )

国民健康保険療養費等支給申請書

受付印	課長	課長補佐	係長	係
	決			
	裁			

申請者(世帯主)の個人番号										1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
保険者番号			4	2	0	1	0	9	海外療養費	1:該当	給付割合	7	8	9	第三者行為	1:該当					
記号・番号	1234567 (枝番) 02								受給者名	壱岐 花子					性別	女					
被保険者(病院等を受診した人)の個人番号										9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	9	8
生年月日	昭和34年5月6日								住所	長崎県壱岐市芦辺町芦辺浦562番地											

公費負担	有・無	公費負担者番号	世帯主の個人番号、被保険者証の番号と枝番・療養を受けた方の氏名・性別・個人番号・生年月日・住所を記入してください。									
保険種別		1 国保										
		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									
-----	-------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 5 年 6 月 1 日

住所 壱岐市芦辺町芦辺浦562番地

申請者氏名(世帯主) 壱岐 国保

壱岐市長 様 (電話番号 0920 - 45 - 1157)

振込先口座	銀行コード	0000	支店コード	111	口座種別	①普通	口座番号	7654321
						2 当座	カタカナ	イ ハナコ
						3 その他	漢字	壱岐 花子

届出年月日・世帯主の住所・氏名・連絡先・振込を希望される口座の情報を記入してください。		
---	--	--

	費用額	保険者負担額	一部負担金
請求			
決定			

[本人確認書類]  
 (1点)□マイナンバーカード □運転免許証 □運転経歴証明書 □身体障がい者手帳 □パスポート □その他( )  
 (2点)□健康保険証 □介護保険証 □診察券 □年金手帳(年金番号通知書) □年金証書 □その他( )