

国民健康保険療養費支給申請書

令和 年 月 日

(宛先) 旭川市長

申請人 住 所
(世帯主) 氏 名
電話番号 () -
個人番号 - -

国民健康保険法施行規則第27条に定める療養費の支給を申請します。

①～⑧までの太枠部分を記入してください。

一 般 ・ 退職本人 ・ 退職扶養 ・ 前高2 ・ 前高3 ・ 未就学児

① 被保険者記号・番号	旭								令和			年			月診療分	
② 患 者 名	氏 名									個人番号						
	生年月日	昭 平 令							年			月			日	世帯主との続柄
③ 療 養 給 付 を 受 け ら れ な か っ た 理 由	(詳しく記入してください。) ☐ 旅行中に病院等の診療を受けた。 ☐ 他の健康保険の被保険者資格で診療を受けた。 ☐ その他 ()															
④ 治 療 又 は 投 薬 の 内 容	(はり・きゅう・マッサージ・その他)															
⑤ 治 療 又 は 投 薬 の 支 給 を 受 け た	病 院 等 の 所 在 地															
	病 院 等 の 名 称	病院・医院・診療所														
	医 師 等 の 氏 名											電話番号				
⑥ 治 療 又 は 投 薬 を 受 け た 期 間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間										⑦ 治 療 又 は 投 薬 に 要 し た 金 額 円						
⑧ 療 養 費 支 給 金 額 の 受 取 方 法	1 総合庁舎窓口20番で受け取る。					銀 行 ・ 信 用 組 合 信 用 金 庫 ・ 農 協 本 店 ・ 本 所 支 店 ・ 支 所										
	2 世帯主の金融機関の預金口座へ振り込む。										口 座 番 号					
	種 類		1 普通 2 当座 3 組勘 4 貯蓄 5 その他													
費用額	円				一部負担金				円				薬剤一部負担額		円	
保 険 者 負 担 額		円				支 給 決 定 額				円						
医 療 機 関 コード						金 融 機 関 コード										

※ 次の書類を添えて申請してください。

① 病院等の窓口で医療費の全額を負担した場合

病院等に対し、診療に要した費用額を支払った際の書類(領収書、領収証明書等)及び診療報酬明細書(レセプト)

② 他の健康保険に医療費を返還した場合

他の健康保険に対し、医療費を返還した際の書類(領収書、領収証明書等)及び診療報酬明細書(レセプト)