ID :99002

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		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		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）

（電話番号 ― ― ）

（あて先） 松浦市長様

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 2 当座 3 その他（ ）	口座番号	
	銀行コード	支店コード			口座名義	カタカナ 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						