

国民健康保険 療養費支給申請書

被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	原書番号	1	受付年月日	令和 年 月 日	整理番号																																																																																																										
フリガナ	コクホ タロウ							給付割合	7割 8割 9割 10割					保険者番号	2	8	4																																																																																																					
被保険者氏名(患者名)	国保 太郎							男女区分	男					国保資格取得日	昭・平・令 年 月 日																																																																																																							
生年月日	昭・平・令 50年 4月 1日							第三者行為、労務災害の有無	1有 2無					福祉医療	高齢期移行	こども医療	ひとり親家庭	重度障害(心身)	重度障害(精神)																																																																																																			
(個人番号)	8 (- - - -)							福祉医療	41	48・81	84・85	82・83	43	44																																																																																																								
病院、診療所、薬局 その他の者の名称及び所在地 従事した医師、歯科医師 又は薬剤師の氏名																																																																																																																						
療養期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで 日間																																																																																																																					
傷病名											負傷年月日	平成・令和 年 月 日																																																																																																										
ハリ・灸・アンマ マッサージ	【初検日】 平成・令和 年 月 日										療養に要した費用	審査決定金額																																																																																																										
種 類																	表 別																	入 院																	外 来																																																																			
1 一般診療				2 治療用器具				3 柔整				4 アンママッサージ				5 ハリ・灸				6 移送				7 その他				8 医科				9 歯科				10 調剤				11 1本人				12 7高齢8割				13 2本人				14 8高齢8割																																																																		
国内				海外																				3就学前								4就学前																																																																																						
																								5家族				9高齢7割				6家族				0高齢7割																																																																																		
上記のとおり療養に要した費用に関して、別紙証拠書類を添えて申請します。																	令和 6年 10月 1日																																																																																																					
6	〒 650 - 8570																																																																																																																					
申請者(世帯主)	住所 神戸市 中央区 加納町6-5-1																																																																																																																					
	氏名 国保 太郎																																																																																																																					
	電話 (078) 322 - 6278																																																																																																																					
	(個人番号 - - - - -)																																																																																																																					
受取方法	7 振込先金融機関(世帯主)																																																																																																																					
	口座振込	預金種別 普通・当座																																																																																																																				
		窓口	銀行コード				1 2 3 4				支店コード			1 2 3																																																																																																								
			兵庫				銀行				神戸			支店																																																																																																								
			信用(金庫・組合)				農協				本店			出張所																																																																																																								
払込	口座番号 1 2 3 4 5 6 7																																																																																																																					
口座名義人(カタカナ)	コクホ タロウ																																																																																																																					
総療養費																	支給決定金額																	海外療養費																																																																																				
審査欄																	渡航先国名(通貨単位)																	()																																																																																				
書類確認																	資格																	受付																	課長																	係長																	担当																	(備考)																

注意事項:未納保険料がある方は、給付を差し止めることがあります。

記入欄のご説明 (太枠箇所をご記入ください)

1 「被保険者番号」
 兵庫県国民健康保険被保険者証・資格確認書・資格情報のお知らせに記載の7桁の番号を記入してください。先頭に0が入る場合でも、空欄にせず0を記入してください。
8 ※マイナ保険証のみをお持ちの方は、個人番号ご記入ください。(被保険者番号の記載は不要です。)
 ※後期高齢者医療(75歳以上)や社会保険(会社等の健康保険)の方は、当該保険に申請してください。

2 「被保険者氏名」「フリガナ」

3 「生年月日」

4 「男女区分」

5 「福祉医療」
 神戸市福祉医療受給者証の負担者番号の上2桁を○印で記入してください。
 神戸市福祉医療は下記のどれかが対象になります。
 ・高齢期移行者医療費助成
 ・こども医療費助成
 ・ひとり親家庭等医療費助成
 ・重度障害者医療費助成

重度障害者医療費受給者証

負担者番号: **** * 受給者番号: **** * *

氏名: コクホ タロウ 神戸 太郎

生年月日: 昭和 32年 1月 1日

住所: 兵庫県神戸市中央区加納町6-5-1

有効期間: 令和6年 7月 1日 から 令和7年 6月 30日 まで

一部負担金: 外来 ****円まで 入院 ****円

交付年月日: 令和 6年 7月 1日

神戸市長 公印

この証は、兵庫県内の保険医療機関等でのみ有効です。

6 「申請者(世帯主)」
 世帯主の方の住所・氏名・電話番号を記入してください。申請日は記入した日です。

7 「振込先金融機関(世帯主)」

- ・預金種別(普通・当座)に○印を記入してください。
- ・銀行コード4桁、支店コード3桁を記入してください。
- ・該当する金融機関名、支店名を記入してください。
- ・口座番号を7桁の数字で記入してください。
- ・口座名義人をカタカナで記入してください。(姓名の間は1マス空けてください。濁点等は1マス分使用して記入してください。)

※ゆうちょ銀行の場合は、振込用の「店名・口座番号」をご記入ください。

《口座振込で世帯主以外の口座に振り込む場合》⇒別紙委任状に記入してください。

《領収書等の添付資料がA4サイズ以下の場合》
 別紙「領収書 貼付台紙」に必要書類を貼り付けてください。