

国民健康保険療養費支給申請書

下記内訳のとおり申請します。

年 月 日

申請者住所

氏名 電話

(あて先) 立川市長

被保険者 記号・番号				世帯主名				
診療を 受けた人	(フリガナ) 氏 名				生年月日	・ ・		
	住 所				申請者との 続柄			
	診療期間	自 至						
	発病負傷日				診療日数	日		
	傷病名							
	受診した 医療機関				診療科			
	受診状態	入院 ・ 外来	給付区分	高齢者3割・高齢者2割・未就学児				
	費用額	円	うち薬剤 一部負担	円	併用公費又は 福祉の名称			
	審査 査定額	円	交通事故等の第三者行為			有 ・ 無		
療養の給付を受 けることができ なかった理由	1. 緊急の受診で被保険者資格情報を提示できなかったため 2. 医師の指示による治療用補装具作成のため 3. 他保険資格喪失後の受診のため 4. その他 ()							
世帯主振 込先口座	金融機関	銀行・農協 信金・信組			支店			普通 当座 貯蓄
	名義人	フリガナ						
		氏 名						
	口座番号							
点数			総医療費			薬剤一部負担金		
負担率			一部負担額			支給額		

他の医療費制度該当	種別	受付
障・乳・子・親・その他	医科・歯科・調剤・生血・補装具・針灸・マッサージ	