

第1号様式(第3条関係)
※ 太枠内を記入してください 診断書・レセプト明細等の一枚につき一枚ずつ申請書記入をお願いします。

国民健康保険療養費支給申請書 (医科・歯科・調剤・生血・補装具)									
被保険者証 記号番号		25ー				氏名			
傷 病 名				療養を受けた 被保険者		個人番号			
						生年月日			
						昭・平			
						入 外			
						入 院 ・ 外 来			
発病・負傷 年 月 日				療養期間		から まで 日間			
診療薬剤の支給又は手当てを受けた病院・診療所・ 薬局その他の者の名称及び所在地									
診療薬剤の支給又は手当てに従事した医師・歯科 医師・薬剤師その他の者の氏名									
療養費の支給申請をした理由 (被保険者証で診療を受けられなかった 具体的な理由) 該当するものに○印を付けてください				1. 緊急の受診で保険証を持参することができなかったため 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()					
発 病 又 は 負傷の原因						療 養 に 要 し た 費 用			
						円			
備 考									
上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。 立 川 市 長 殿									
住所 立川市						申請者氏名			
						印			
						個人番号			
						世帯主との関係			
						電話			
世帯主	金融機関	銀行・農協 信金・信組						普 通 支 店 当 座	
	振込先	名義人 (世帯主)	フリガナ 漢字		口座番号 (右づめ)				

※ 以下は事務処理欄となるので、記入の必要はありません。

資 格		他の医療費助成制度該当	
一般 ・ 退職		障 ・ 乳 ・ 子 ・ 親 ・ その他	
種 別		保険料	支 給 決 定 額
医科 ・ 歯科 ・ 調剤 ・ 生血 ・ 補装具			円