

別記様式(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・補装具等)			
被保険者証 記号番号	25- .	療養を受けた 被保険者	氏名
傷病名			個人番号
			生年月日
			入外
発病又は負傷 の年月日	. .	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			
診療又は調剤に従事した医師、歯科医師、薬剤師の 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	<input type="checkbox"/> 勤務中又は通勤中の傷病	療養に要した費用	
	<input type="checkbox"/> 第三者の行為による傷病 (□届出済) <input type="checkbox"/> その他		
		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		
	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 当座
	振込先 名義人 (世帯主)	フリガナ	口座番号 (右づめ)
漢字			

※ 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	受付	保険料
医科 ・ 歯科 ・ 調剤 ・ 生血 ・ 補装具 ・ 鍼灸 ・ マッサージ		
	支給決定額	
	円	