

機関番号

国民健康保険・退職者療養費、後期高齢者医療療養費支給申請書兼領収書

制 度 別	1. 国保	本人・ 家族	1. 本人入院	7. 高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者入院	給 付 割 合	7 割
	4. 退職		2. 本人外来	8. 高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者外来		8 割
	7. 後期高齢		3. 未就学者入院	9. 高齢受給者・後期高齢者医療7割給付入院		9 割
支 給 期 間		平成・令和 年 月 日 ～ 平成・令和 年 月 日				
保険者番号			保険者番号			
被保険者番号			被保険者証の記号番号			
市 町 名			※個人番号(12桁)			
療養を受けた 被保険者(受給者)の 氏名、性別、生年月日			氏 名			
			生 年 1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成 5. 令和 年 月 日			
			性 別 1. 男 2. 女			
海外療養費区分		1	長期高額疾病区分		1	所得区分等
						1. 低所得Ⅰ 2. 低所得Ⅱ
種 類	1. 診療費	2. 補装具	4. あんま マッサージ	5. はり・灸	7. 移送	8. その他
	1. 医科 3. 歯科 4. 調剤 6. 訪問看護 19. 柔整・はり きゅう・あんまマッサージ					
療養(医療)に要した費用		日 数	金 額		一部負担金	
			(請求金額)		(請求金額)	
			円		円	
			*(決定金額)		*(決定金額)	
		日	円		円	
			*(増減)		*(増減)	
			円		円	
食事・生活療養費		日 数	金 額		標準負担額	
			(請求金額)		円	
			円		円	
			*(決定金額)		円	
		回	円		円	
			*(増減)		円	
			円		円	
傷 病 名						
発病又は負傷の		原因 経過 年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		1. 第三者行為(交通事故等) 2. その他(自損事故・疾病等)	
					治癒・繰越・転医・中止・死亡	
診療、薬剤の支給又は手当を受けた 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 医師又は薬剤師の氏名						
療養の給付を受けることができなかった理由						
上記のとおり療養(医療)に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。						
令和 年 月 日						
世帯主(組合員) (受給者)		住 所		電話番号 () -		
		氏 名		印		
		市町(理事長)長 殿				
上記支給決定額を領収致しました。						
令和 年 月 日						
		氏 名		印		
払渡 希望機関 の名称	銀行	本店	預金の種類	口座番号		預金名義人(ふりがな)
	信用金庫	支店	1. 普通			
	農 協	出張所	2. 当座			
国保法第 54条 確保法第 77条		備 考				