

## 国民健康保険療養費支給申請書

令和 年 月 日

必ずご捺印ください。

(宛先)鎌倉市長

申請内容等についてご連絡  
する場合がありますので  
日中連絡のつく電話番号を  
ご記入ください。

住所 鎌倉市御成町18番10号

世帯主 氏名 鎌倉 太郎 

電話 0467 (23)3000

次のとおり、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。

この診療は、第三者行為（事故・喧嘩等）によるものではありません。

被保険者証の 記号・番号	05-12345678		被保険者氏名 <b>鎌倉 太郎</b>	世帯主 と の 続 柄	本人
発病・負傷 年月日	別紙のとおり		生年月日 S30年1月1日	個人 番号	(マイナンバー番号12桁)
傷病名	別紙のとおり		療養期間	年月日から	
対象者区分	<input type="checkbox"/> 一般被保険者 <input type="checkbox"/> 退職被保険者本人 <input type="checkbox"/> 退職被保険者家族		<input type="checkbox"/> 就学時前 <input type="checkbox"/> 65~69歳 <input type="checkbox"/> 高齢一般 <input type="checkbox"/> 高齢一定以上	<input type="checkbox"/> 乳児 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> ひとり親	
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			(病院名) ※複数医療機関の場合、「別紙のとおり」でも可		
診療又は、調剤に従事した医師、歯科医師及び薬剤師の氏名			(医師の名前) ※複数名、または不明の場合「別紙のとおり」でも可		
療養の給付を受けることができなかつた理由	<b>不当利得</b>				
発病の原因			療養の内容	別紙のとおり	
傷病の経過			療養に要した費用	前健康保険組合へ支払った際の領収書の金額 ÷ (10割-自己負担割合)	
審査決定金額	円		支給金額 7・8・9・10割	円	
次のとおり決定してよいでしょうか。(伺い)			起案	・・	
課長	課長補佐	係長	係	担当	決裁
□承認します □承認しません (理由)					承認番号
					支給簿番号
受付		審査依頼 ・・	審査終了受付 ・・	支給 ・・	
口座 振込	鎌倉銀行 鎌倉本店 支店				<input checked="" type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金
	口座番号 1234567		口座名義(カタカナ) カマクラ タロウ		