

国民健康保険療養費支給申請書

										年 月 日	
(宛先)鎌倉市長					住所 _____						
					世帯主 氏名 _____					印	
					電話 ( ) _____						
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。										個人番号 _____	
□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 記 号 ・ 番 号		05—			被保険者氏名				世帯主 と の 続 柄		
発 病 ・ 負 傷 年 月 日		. .			生年月日 年 月 日		個 人 番 号				
傷 病 名					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											
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											
療養の給付を受けることができなかった理由											
発 病 の 原 因					療 養 の 内 容						
傷 病 の 経 過					療養に要した費用		円				
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	
										. .	
区分		<input type="checkbox"/> 承認します <input type="checkbox"/> 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		銀行				本店 支店		<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金			
		口座番号		口座名義(カタカナ)							