

国民健康保険療養費支給申請書

支給額 円

上記のとおり療養に要した費用を申請します。

ただし下記内訳のとおり

年 月 日

申請者（世帯主）住所 _____

氏名 _____ 個人番号 _____

電話番号 _____

(宛先)名古屋市 区長 (名古屋市長)

記号・番号			世帯主名			
診療を受けた人	(フリガナ) 氏名		個人番号		申請者との 続柄	
	住所					
	診療期間	自 至	受診資格	一般		
	発病負傷日			診療 日数	日	
	傷病名					
	受診した 医療機関等	名称	()		診療科	
		所在地				
	受診状態	入院・外来	受給証	高齢者3割・高齢者2割・未就学児		
	費用額	円	併用公費又は福祉の名称			
	審査 認定額	円	交通事故等の第三者行為		有 ・ 無	
療養費の 種別						
療養の給付を 受けることが できなかった 理由						
受取 口座	※ 希望する振込先口座をご記入ください。					
2: 振込	振込先	コード	名称	(フリガナ)		
	金融機関			口座名義人		
	支店			口座番号		
	口座種別	普通・当座・その他 ()				
点数		総医療費			支給額	
負担率		一部負担額				
食事療養 (基準額) 計 ①		食事療養標準負担額 ②		食事療養費 ① - ②		
		(円) × (回) =		(円)		

(市記入欄)						
決裁	年 月 日	入力	点検	通知年月日	支払年月日	方法
				(支給通知 不支給通知)		口振 前渡金
				年 月 日	年 月 日	