

国民健康保険・療養費支給申請書

保険者番号	1 3 8 2 8 9	療養を受けた被保険者	氏名 または個人番号		
記号・番号	28-		生年月日	昭・平・令 年 月 日	
公費併用	障乳子青親その他()		性別	1 男 2 女	
診療年月	令和 年 月 診療	療養期間	令和 年 月 日から		
入院・外来の別	1 入院 2 外来 日数 日		令和 年 月 日まで		
種類	1 一般診療（海外療養費含む） 2 補装具 3 柔道整復 4 あん摩・マッサージ 5 はり・きゅう 6 移送費 7 その他（生血）				
傷病名					
診療を受けた医療機関等の所在地					
診療を受けた医療機関名または施術師					
支給申請をした理由					
発病または負傷の理由					
発病または負傷の原因	1 疾病等（病気・けが） 2 第三者行為による傷病 3 勤務中、通勤中の傷病				
振込先	金融機関名	銀行・信用金庫・農協・信託銀行・信用組合		支店名	本店・支店
	口座種別	普通 当座 貯蓄	口座番号		
	フリガナ				
	口座名義人				
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いたします。					
令和 年 月 日					
世帯主 住所 青梅市					
氏名					
個人番号					
電話番号 - -					
青梅市長 殿					

太
枠
内
を
ご
記
入
く
だ
さ
い

公費負担者番号		資格区分	一般 退職本人 退職扶養
公費受給者番号		給付割合	7割 8割 9割
療養に要した費用額		食事日数	日
一部負担金		食事に要した費用	
公費負担額		食事標準負担額	
指定公費		支給額	
金融機関コード		支店コード	