

国民健康保険療養費支給申請書

記号	123	番号	4567	療養を受けた 被保険者氏名	草加 花子								
個人番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	
傷病名									発病・	治療費を支払った日（＝診療 を受けた日）を記入してくだ さい。			
療養期間	令和 7 年 1 月 1 日 から 年 月 日まで 日間												
診療、薬剤の支給又は手当を 受けた病院・診療所・薬局そ 他の者の名称及び所在地				名 称 国保クリニック 所在地 埼玉県草加市中央1-1-8									
診療又は調剤に従事した医 師、歯科医師、薬剤師の氏名													
療養の給付又は 特定療養費 の支給を受け ることができ なかった理由				① 資格確認書等を持参しなかったため 2 保険加入の手続きが遅れたため 3 海外で治療を受けたため 4 補装具を作成したため 5 その他 () 療養の窓口で10割支払った場合は1 国保加入前の健康保険を使用して受診し、7 割又は8割を立て替えている場合は2 に該当しますので○をつけてください。									
第三者の行為による負傷等				該 当 ・ 非 該 当									
療養につき算定 した費用の額				円									
振 込 先	金融機関名	国保 銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 草加 支店(店番 101)											
	口座番号	普通 当座 貯蓄	1234567				フリガナ	草加 太郎					
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し													
令和 7 年 5 月 1 日 千 340-8550 住 所 埼玉県草加市高砂1-1-1 世帯主 氏 名 草加 太郎 個人番号 987654321098 電話・FAX (048) 922 - 1593													
世帯主様の情報を 記入してください。													
草加市長 宛て													
審査決定点数	点												
療養の給付をした 場合に要する額	草 加 市 処 理 欄 ※何も記入しないでください。												
一部負担金	装具 柔整 鍼灸 按摩												
差引支給額	円 入院 外来 高齢 割 ・ 未就学												

※氏名を署名した場合は、押印を省略することができます。