

様式 1

起案年月日	令和 年 月 日	課長	総括主幹	主査	主任	担当者	-
決裁年月日	令和 年 月 日						

国民健康保険療養費支給申請書

公費No.

診療月	年 月 分	老・障・ひとり親・子					
被保険者記号番号		療養を受けた被保険者の氏名					
東 大 国 -		生 年 月 日		昭和・平成・令和 年 月 日			
個人番号				世帯主との続柄			
傷病名				療養	年 月 日 から		日間
発病、負傷年月日	年 月 日		期間	年 月 日 まで			
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			所在地				
診療又は調剤に従事した医師、歯科医師又は薬剤師の氏名			氏名				
申請理由	1. 療養取扱機関外 2. 治療用装具 3. 看護、輸血、施術 4. その他		理由を詳しく記入してください。				
発病の原因		第三者の行為によるものか		傷病の経過			
		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
療養の内容		療養に要した費用		円			
上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請し、私が指定する下記金融機関に振り込むことを依頼（承諾）します。 令和 年 月 日 （宛先） 東 大 阪 市 長 住所 東 大 阪 市 申請人（世帯主） 氏名 電話 ( )							
振込指定金融機関	銀行・信金 信組・農協	店番 ( )	支店	名 義 人	フリガナを必ずお付けください		
	普・当・貯 No.						

療養費算出基礎

宛名番号

受付番号

一般	退・本	退・扶	就学前	前高・9割	前高・8割	前高・7割
----	-----	-----	-----	-------	-------	-------

入院	外来
----	----

費用額	保険者負担額	一部負担金	薬剤一部負担金	国保優先	支給決定額