

機関番号

国民健康保険・退職者療養費、後期高齢者医療療養費支給申請書兼領収書

制 度 別	1. 国保	本 人 ・ 家 族	1. 本人入院	7. 高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者入院	給 付 割 合	7割
	4. 退職		2. 本人外来	8. 高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者外来		8割
	7. 後期高齢者		3. 未就学者入院	9. 高齢受給者・後期高齢者医療7割給付入院		9割
			4. 未就学者外来	0. 高齢受給者・後期高齢者医療7割給付外来		
			5. 家族入院			
			6. 家族外来			

支給期間 年 月 日 ~ 年 月 日

保険者番号	3 9	保険者番号	2 5 0 5 2 2
被保険者番号		被保険者証の記号番号	滋 栗
		個人番号(マイナンバー)	
市 町 名		保 險 者 名	栗 東 市
		所 在 地	

療養を受けた被保険者(受給者)の氏名、生年月日	氏 名	
	生年月日	

海外療養費区分 1 長期高額疾病区分 1 所得区分等 1. 低所得I 2. 低所得II

種 類	1. 診療費 1. 医科 3. 歯科 4. 調剤 6. 訪問看護 19. 柔整・はり きゅう・あんまマッサージ	2. 補装具	4. あんま マッサージ	5. はり・灸	7. 移送	8. その他
--------	--	--------	-----------------	---------	-------	--------

療養(医療)に要した費用	日 数	金 額	一部負担金
		(請求金額) 円	(請求金額) 円
		* (決定金額) 円	* (決定金額) 円
	日	* (増減) 円	* (増減) 円

食 事 ・ 生 活 療 養 費	日 数	金 額	標準負担額
		(請求金額) 円	
		* (決定金額) 円	* 返 戻
	回	* (増減) 円	円

傷 病 名

発病又は負傷の	原 因 経 過 年 月 日	年 月 日	1. 第三者行為(交通事故等) 2. その他(自損事故・疾病等) 治癒・繰越・転医・中止・死亡
---------	---------------------	-------	--

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、歯科医師又は薬剤師の氏名

療養の給付を受けることができなかった理由

上記のとおり療養(医療)に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。
 年 月 日
 世帯主(組合員) 住 所 電話番号() -
 (受 給 者) 氏 名 印
 市町(理事長)長 殿

上記支給決定額を領収致しました。 年 月 日
 氏 名 印

公金受取口座を利用する(公金受取口座を利用する場合は、世帯主の口座に限ります。)

払渡 希望機関	銀 行 信用金庫 農 協	本店 支店 出張所	預金の種類 1. 普通 2. 当座	口 座 番 号	預金名義人(ふりがな)
------------	--------------------	-----------------	-------------------------	---------	-------------

国保法第 54条 確保法第 77条 備 考