

＜記載例＞

様式第1号(第3関係)

国保資格(一般・退職 本 被)  親 (有・無)  乳 (有・無)  障 (有・無)

国民健康保険療養費支給申請書(一般・補装具・歯科・調剤)												
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 記号番号	45 - 10 第 1000 号										
	療養を受けた 被保険者名	東久留米 花子	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	個人番号								
	傷病名			生年月日	昭和 50 年 5 月 5 日							
	発病負傷 年月日	年 月 日	療養期間	年 月 日 から 年 月 日まで								
	療養薬剤の支給又は手当てを 受けた病院・診療所・薬局 その他の者の所在地と名称	所在地 名 称										
	診療薬剤又は手当に従事した 医師・歯科医師・薬剤師 その他の者の名前	氏 名										
	医療費の支給申請をした理由 (被保険者証で治療等が受け られなかった具体的な事由等)	被保険者証の交付が遅れ、医療機関に提示できなかった ことによる。										
	発病又は負傷の原因	第三者行為の有無 (有 / 無)						療養に要した費用				
	公費法制コード		薬剤一部負担金									
	備考	口座振込(※世帯主の口座を記入してください。)										
	東久留米	(銀行 東久留米 本店)	店番号	種別	口座番号							
	金庫	支店		当								
	農協	出張所	0 0 1	普	0	0	0	0	0	0	1	
上記のとおり療養に要した費用に関する書類を添えて申請します。												
令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日												
世帯主 住 所 東久留米市 本町3丁目3番1号												
フリガナ ヒガシクルメ タロウ												
氏 名 東久留米 太郎 印												
個人番号 _____												
TEL 042(470)7777												
東久留米市長 殿												

＜記入方法＞

←被保険者証の記号番号を記入してください。

←被保険者氏名、性別を記入してください。

←療養費の支給申請については、個人番号(12桁)は選択記入となっています。

←被保険者の生年月日を記入してください。

←診断書に記載された傷病の発生年月日を記入してください。

←診断書に記載された傷病に係る療養期間を記入してください。

←診断書に記載された医療機関等の所在地および名称を記入してください。

←診断書に記載された医師名を記入してください。

←被保険者証で治療が受けられない理由を記載してください。

←世帯主の振込口座を記入してください。

←世帯主の住所、氏名(フリガナ)を記入してください。

※世帯主の自署のときは、押印が省略できます。

←療養費の場合は、個人番号(12桁)は選択記入となっています。