診療年月	年　月

国民健康保険
療養費支給申請書

受付年月日	給付受付番号
年　月　日	

被保険者証記号番号	ア-	医療種別	一般国保	退職本人	退職扶養	割合	7割	8割	9割	10割

フリガナ		福祉医療	老人	乳児	身障	母子父子
被保険者氏名（患者名）		高齢者区分	前期高齢	未就学	65～69歳	
		公費	公費	受給者番号		
生年月日	年　月　日					
個人番号		適用開始日	年　月　日			

病院・診療所・薬局その他の者の名称及び所在地	名称
	所在地
従事した医師・歯科医師・薬剤師その他の者の氏名	

療養区分

医科	歯科	調剤	食事療養	海外医科	海外歯科	海外調剤	特別医科	特別歯科	特別調剤	特別食事療養	補装具	接骨	看護	はりきゅう	マッサージ	生血	移送費	食事差額	施設療養費	一部負担金差額

療養の給付を受けることができなかった理由	交通事故等の第三者行為	有・無

傷病名及びその原因		発病(負傷)年月日	年　月　日
傷病の経過		療養期間	年　月　日から　日間 年　月　日まで（食事　回）
療養内容		入院・入院外の別	入院・入院外
		※支給決定金額	円

療養に要した費用	円	食事療養に要した費用	円
一部負担金	円	標準負担額	円
療養審査決定金額	円	食事審査決定金額	円

上記のとおり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。

（宛先）　群馬県安中市長　　年　月　日

申請者（世帯主）　住所

氏名　　印　　電話

個人番号

受取方法	口座	銀行・金庫　支店
	現金	組合・農協　支所
口座番号		普 当
フリガナ		
口座名義人		

受付	審査