

課長	主幹	副主幹	主席主査	担当	年 月 日支給決定
					年 月 日 支払

NO.	受付

(様式第1号)

## 国民健康保険療養費支給申請書

男鹿市長 様

下記のとおり申請いたします。

住所 〒		申請 令和 年 月 日	
電話番号		フリガナ 世帯主氏名(申請者)	
被保険者証 番号		個人番号	
福祉医療受 給者証番号		療養を受けた方 フリガナ 氏名 (男・女) 生年月日 昭・平・令 年 月 日 個人番号	
保険区分	○ 一般国保 ○ 退職本人 ○ 退職家族 どちらかに○印 ( 入院・入院外 )		
申請区分	傷病名		
○ 入院 ○ 入院外 ○ 歯科 ○ 調剤 ○ 柔整 ○ 鍼灸 ○ マッサージ ○ 治療用装具等	治療期間	年 月 日から 日間 年 月 日まで	
	治療に要した費用	円	
療養を受けた病院、薬局等の 名称および所在地	名称		
	所在地		
療養に従事した医師、 薬剤師等の氏名			
給付を受けられなかった理由			
傷病の原因	交通事故等 ・ 左記以外		
※交通事故等の場合、詳しく記入			
口座情報 記入欄	<input type="checkbox"/> 世帯主名義の公金受取口座を利用します(口座情報の記入不要) <input type="checkbox"/> 振込口座を指定します(世帯主名義の口座情報を記入) 銀行 本店 普通 信金 支店 番号 農協 支所 当座		

算出基礎			
医療費総額	支給決定額		備考
	国保 (7・8割)	高額療養費 福祉医療(2・3割)	
	高額	円	決定
	福祉	円	
円	円	円	円
	円	円	円

課長	主幹	副主幹	主席主査	担当	年 月 日	NO. 付
					年 月	

記入例

(様式第1号)

## 国民健康保険療養費支給申請書

男鹿市長 様

下記のとおり申請いたします。

住所 〒 010-0959 男鹿市船川港船川字泉台66番地1 電話番号 0185 - 23 - 2111		申請 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 フリガナ コクホ オガ 世帯主氏名(申請者) 国保 男鹿 個人番号 1111 2222 3333
被保険者証 番号 福祉医療受 給者証番号	12345678	療養を受けた方 フリガナ コクホ オガ 氏名 国保 男鹿 (男・女) 生年月日 昭・平・令○年 ○月 ○日 個人番号 4444 5555 6666
保険区分	<input checked="" type="checkbox"/> 一般国保 <input type="checkbox"/> 退職本人 <input type="checkbox"/> 退職家族 どちらかに○印 (入院 入院外)	
申請区分 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 柔整 <input type="checkbox"/> 鍼灸 <input type="checkbox"/> マッサージ <input checked="" type="checkbox"/> 治療用装具等	傷病名 (診断書等を確認してご記入ください)	治療期間 令和○年○月○日から 日間 年 月 日まで
療養を受けた病院、薬局等の 名称および所在地	名称 ○○総合病院	治療に要した費用 25,000 円
療養に従事した医師、 薬剤師等の氏名	所在地 ○○市○○町1丁目1号1番	
給付を受けられなかった理由	(診断書等を確認してご記入ください) ・療養給付費の対象外(治療用装具等の場合) ・他保険受診(前加入の健康保険で受診した場合)等	
傷病の原因	交通事故等 左記以外	
※交通事故等の場合、詳しく記入		
口座情報 記入欄	<input checked="" type="checkbox"/> 世帯主名義の公金受取口座を利用します(口座情報の記入不要) <input type="checkbox"/> 振込口座を指定します(世帯主名義の口座情報を記入) 銀行 本店 普通 信金 支店 番号 農協 支所 当座	
算 医 療	●マイナンバーとともに登録済みの公金受取口座を利用する場合は、「世帯主名義の公金受取口座を利用します」にレ点を記入します。口座情報の記入は不要です。 なお、公金受取口座を利用できるのは、男鹿市に住民登録している方です。 ●公金受取口座を登録していない場合や利用を希望しない場合は、「振込口座を指定します」にレ点を記入し、振込先の口座情報を記入します。	
円	円	円
	支給総額	