別記様式第１号（第３条関係）

国民健康保険療養費支給申請書

◆太枠の中を記入してください。

保険者番号		療養を受けた	被保険者名		
記号	ー	番号		個人番号	
公費負担者番号				生年月日	性別 1.男 2.女
公費受給者番号		給付割合	割	入外	1.入院 2.外来
資格区分	日数	日	療養期間	年 月 日から	
診療年月	年 月 診療			年 月 日まで	

種類	1.一般診療（海外療養費含む。） 2.補装具 3.柔整 4.あんま・マッサージ 5.鍼灸 6.移送費 7.その他（生血）
傷病名	
診療を受けた医療機関等の所在地	
診療を受けた医療機関名又は施術師	
支給申請をした理由	
今回の傷病等は、第三者行為が原因ですか。 ※第三者行為とは、医療機関を受診した原因が、交通事故やけんかなど、第三者の行為によるものをいいます。	はい・いいえ

療養に要した費用額		食事回数	回
審査認定額※１		食事に要した費用	
薬剤一部負担金		食事標準負担額	
一部負担金		支給額	
金融機関コード		支店コード	

振込先	金融機関名	銀 行 信用金庫 信用組合	支店名	支店
	口座種別	普通 当座 貯蓄	口座番号	
	口座名義人	フリガナ		
		漢字		
	受領については、口座名義人に委任します。 世帯主氏名			

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いたします。

年 月 日

世帯主 住所

氏名

電話

福生市長 宛て

個人番号												