

国民健康保険療養費支給申請書

療養を受けた人 療養時点	記号・番号	大国 ー	氏名			
	生年月日	昭・平・令 年 月 日	世帯主との続柄		年齢 歳	
	負担割合	<input type="checkbox"/> 3割 <input type="checkbox"/> 未就学児2割 <input type="checkbox"/> 高齢受給者2割 <input type="checkbox"/> 高齢受給者3割				
申請理由	<input type="checkbox"/> 装具装着	装着の要を認めた日	傷病名	医師の氏名		
	意見書のとおり					
	<input type="checkbox"/> 保険証忘れ <input type="checkbox"/> 海外療養費		受診年月	<input type="checkbox"/> 診療報酬明細書のとおり		
	<input type="checkbox"/> 加入前他保険での資格喪失後受診等			<input type="checkbox"/> 他 令和 年 月		
<input type="checkbox"/> 柔道整復 <input type="checkbox"/> はりきゅう・あんまマッサージ <input type="checkbox"/> 他						
医療機関 施術所	名称	<input type="checkbox"/> 診療報酬明細書または意見書のとおり <input type="checkbox"/> 他 ()				
	所在地	<input type="checkbox"/> 診療報酬明細書または意見書のとおり <input type="checkbox"/> 他 ()				
審査	発病の原因		療養に要した費用額		支給決定金額	
	<input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 他		円		円	
	確認書類 <input type="checkbox"/> 意見書(装具) <input type="checkbox"/> レセプト (保険証忘れ・逆返納金) <input type="checkbox"/> 領収書・明細書 <input type="checkbox"/> 在留カード		補装具給付要件	<input type="checkbox"/> 弾性着衣/弾性包帯 前回購入(無・有) 有の場合 前回装着日 年 月 日 6カ月以上前なら可 <input type="checkbox"/> 小児弱視眼鏡 前回購入(無・有) 有の場合 前回装着日 年 月 日 今回装着時4歳以下…1年以上前なら可 今回装着時4歳以下…2年以上前なら可 <input type="checkbox"/> 靴型装具 対象の被保険者が装着した状態の写真を添付 <input type="checkbox"/> 義眼 治療用・眼窩保護目的のみ対象。 審美目的の加工費は除く。		
	加入状況 <input type="checkbox"/> 通常加入・ <input type="checkbox"/> 遡及加入 遡及加入の場合 <input type="checkbox"/> 今回の受診は遡及期間に該当せず・ <input type="checkbox"/> 遡及給付認定済					
	納付状況 <input type="checkbox"/> 完納・ <input type="checkbox"/> 滞納(収納課対応者:) <input type="checkbox"/> 医療証チェック					

(あて先) 大東市長
上記のとおり申請します。

受付印	令和 年 月 日
	世帯主 住所 大東市 氏名 個人番号 電話番号

振込先 口座	銀行 _____ 支店 _____ フリガナ _____ 普・当 口座番号 _____ 口座名義 _____
-----------	--

課長	課長補佐	上席主査	主査	受付