

国民健康保険療養費支給申請書

1										受付年月日		整理番号					
令和 年 月 日																	
被保険者証番号							国保		退職		割合		7割	8割	9割	10割	
1 2 3 4 5 6 7							1		本人3		扶養4		7	8	9	0	
フリガナ		コウベ ハナコ					福祉医療		移行 41.42	乳幼児 80.81	重度障害 43.44.82.83		ひとり親 84.85	子ども 47.48			
被保険者氏名(患者名)		神戸 花子					男 1		公費		受給者番号						
生年月日		昭平令 〇年 △月 □日					女 2		国保資格取得日		3 昭和 4 平成 5 令和		年 月 日				
宛番号		被保険者の個人番号		-		-		国保資格取得日		3 昭和 4 平成 5 令和		年 月 日					
病院・診療所・薬局その他の名称及び所在地																	
従事した医師、歯科医師または薬剤師の氏名																	
種類							表別			入院				外来			
1	2	3	4	5	7	8	1	3	4	1本人入		7高入一般		2本人外		8高外一般	
一般診療	補装具	柔整	アロマ	ハリ	移送	その他	医科	歯科	調剤	3就学前入		4就学前外					
										5家族入		9高入上位		6家族外		0高外上位	
傷病名									療養期間		令	年	月	日から	日	まで	日間
業務上・業務外、第三者行為の有無		1.業務上 2.第三者行為() 3.その他()							療養に要した費用				医療費審査決定額				
発病・負傷年月日		3 昭和 5 令和 年 月 日 4 平成							療養に要した費用				医療費審査決定額				
鍼灸・あんま		初検日 平成・令和 年 月 日 第 回															
上記のとおり療養に要した費用に関する別紙添付書類を添えて申請します。 令和 3 年 4 月 1 日 〒 650 - 8570																	
申請者 (世帯主) 住所 神戸市中央区加納町6丁目5番1号																	
氏名 神戸 太郎 電話 (090) 1234 - 5678																	
受取人	支払方法	① 口座振込希望	2 払込	3 委託払	4 窓口(委任)払希望	銀行コード		支店コード		保険者番号		申請者の個人番号					
						銀行		本店支店									
種別	① 普通	2 当座	4 貯蓄	9 その他	口座番号	1	2	3	4	5	6	7	金額欄				
口座名義人(カタカナ)		コウベ タロウ															
総医療費																	
決定事項																	
<input type="checkbox"/> 支給理由 国民健康保険法第54条第 項に該当の <input type="checkbox"/> 不支給理由																	
世帯主の住所、氏名、日中に連絡が取れる電話番号、世帯主名義の金融機関名・店名・口座番号を記入してください。世帯主名義以外の口座に振りこみを希望される場合は「委任状」が必要です。																	
起案 令和 年 月 日 決裁 令和 年 月 日 受付 令和 年 月 日																	

注意事項 保険料を滞納している世帯については、支払方法が窓口払になることがあります。

R4.4 神戸市国民健康保険

記載上の注意事項

- 太枠の中のみご記入ください。ご記入は黒のボールペンをお願いします。(消せるボールペンは使用しないでください)
- 支払いは、原則口座振替になります。振込先は世帯主名義の口座情報を記入してください。
 - ・ゆうちょ銀行を希望される場合は、通帳見開き下部の支店・口座情報を記入してください。
 - ・世帯主名義以外の口座に振り込みを希望される場合は「委任状」が必要です。ホームページよりダウンロードし、添付してください。
- 訂正箇所は二重線で消してください。修正テープなどは使用しないでください。
- 装具等を作成された方は医師の意見書・装具装着証明書・領収書の原本を添付してください。
- 未納保険料のある方は郵送申請することができません。詳細はホームページをご覧ください。