

療養に要した 費 用	円	審 査 決 定 費 用 額	円	決 定 金 額	円
---------------	---	------------------	---	---------	---

国民健康保険療養費支給申請書											
被 保 険 者 記 号 ・ 番 号				療養を受けた 被 保 険 者 名				世 帯 主 との続柄		本人・妻・ 夫 ・ 子 ・ そ の 他 ()	
傷 病 名		別 紙 の と お り		生 年 月 日		年 月 日					
発 病 ・ 負 傷 年 月 日				療 期 養 間		年 月 日		年 月 日		日から 日まで 日 間	
診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、 診療所、薬局その他の者の名称及び所在地				別 紙 の と お り							
診療又は調剤に従事した医師歯科医師又は 薬剤師の氏名				別 紙 の と お り							
発病の 原 因		☐ 一般疾病 ☐ 第三者行為		傷病の 経 過				療 養 内 容			
療養の給付を受け ることができなかつた理由(注)								療養に 要した 費 用		円	
上記のとおり申請します。 年 月 日											
世帯主 住 所 大府市 町											
氏 名											
大府市長殿											
T E L () 局 番											
口 座 振 込		(振替先金融機関名) 銀 行 店 信用金庫 農 協				(預金種目) 普 通 座 当 座		(口座番号)			
		(フリガナ) 預金名義人									
処 理		受 付 印		資 格 の 有 無		給 付 台 帳		支 給 決 定 通 知		支 払 完 了	

※ 下記の場合は次の書類を提出してください。

1 装具代金の請求	2 療養費（現金払）の請求	3 海外療養費の請求
a 領 収 書	a 領 収 書	a 診療内容明細書原本と日本語訳と連合会様式A
b 医師の装具必要証明書	b 診療報酬明細書	b 領収書の原本と日本語訳と連合会様式B
(注)「療養の給付を受けることができなかった理由」欄は、 その事由をできる限り詳細に記入してください。		c 海外の医療機関等に照会する同意書
		d パスポート

以下市記入欄						福祉医療 有・ 無		
装具作成履歴 有 (年 月 日支給) ・ 無 特定疾病 有・ 無						子・高校生・母・障・85精 (対象・対象外)		
診療年月	入外区分	年 齢	負担割合	総 額	保険者負担	公 費	自己負担	福祉医療
年 月	入・外	歳	割	円	円	円	円	円