

(様式第2号)

# 国民健康保険療養費支給申請書

受付日 決定日	年	月	日	保険者名	平群町
------------	---	---	---	------	-----

保険者番号		2	9	0	5	4	4	療養を受けた人の氏名
被保険者番号								
診療年月	年		月					生年月日
診療日数			日		年 月 日			
保険制度	1. 一般			個人番号				

療養期間	区分	1. 本人入院 2. 本人外来 3. 6歳未満入院
年 月 日 から		4. 6歳未満外来 5. 家族入院 6. 家族外来
年 月 日 まで		7. 高齢8(9)割入院 8. 高齢8(9)割外来
所得区分	1. 低I 2. 低II 3. 3月超	9. 高齢7割入院 0. 高齢7割外来

海外療養費該当	<input type="checkbox"/>	第三者等の有無	1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他
1. 診療費 2. 補装具 3. 柔整 4. あんま・マッサージ 5. はり・灸 8. その他 9. 標準負担額差額			

傷病名	
医療機関コード	
診療を受けた医療機関等の所在	
診療を受けた医療機関名又は施設	
支給申請をした理由	
発病又は負傷の理由	

療養に要した費用額		円	食事回数		回
審査認定額		円	療養に要した費用額		円
一部負担金		円	食事標準負担額		円
支給金額		円			

振込先

公金受取口座を利用する \*下記口座情報の記入不要。

- 振込先に公金受取口座を指定している場合、支給申請後に公金受取口座を変更・登録抹消すると、変更前口座に支給することがあります。
- 公金受取口座を登録していない場合は、マイナーポータルから簡単に登録いただけます。

振込口座を指定する \*下記口座情報の記入をして下さい。

金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所
預金種別	1. 普通 2. 当座	口座番号
	3. その他	口座名義人 (カタカナで記入)

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

年 月 日

住所

世帯主 氏名

印

個人番号

連絡先

平群町長様

役場  
記入欄

療養を受けた人

マイナンバーカード

通知表

住民票

マイナンバーカード

通知カード

住民票