

小金井市国民健康保険療養費等支給申請書

保険者番号	1 3 8 3 3 9	*療養を受けた者	被保険者名			
*記号・番号	(記号) 33 - (番号) (枝番)		生年月日			
*個人番号			性別	1. 男 2. 女	1. 入院 2. 外来	
公費負担者番号			給付割合	7割 8割 その他	日数	
公費受給者番号				7割(高齢) 8割(高齢)	日	
資格区分	一般 退職本人 退職扶養	療養期間				
前期高齢者	前期高齢者	年 月 日から				
診療年月	年 月	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. 針灸 6. 移送費 7. その他(生血)					
◎ 傷病名						
◎ 診療を受けた医療機関名						
◎ 診療を受けた医療機関の所在地						
*支給申請をした理由	<input type="checkbox"/> 補装具(治療用装具)等の申請のため <input type="checkbox"/> 別の健康保険資格で受診したため <input type="checkbox"/> そのほか(緊急、その他やむを得ない事由を記入してください) ※海外療養費の申請の場合…診療を受けた国: _____ / 支払いの通貨: _____					
*発病又は負傷の理由	1. 交通事故などの第三者行為によるものです。 2. 交通事故などの第三者行為によるものではありません。					
療養に要した費用額		食事日数		日		
審査認定額		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				
*振込先	金融機関名	銀行・信金・JA		支店名	支店	支店コード
	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				
<p>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いたします。</p> <p>なお、審査認定後の当該療養費の支給についても、上記口座への振込みを依頼いたします。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 (世帯主) 住所 _____</p> <p>氏名 _____</p> <p>電話 _____</p> <p>(宛先) 小金井市長</p>						

(注意事項)

- ① 太枠内(*印部分及び申請日・申請者(世帯主))の所要事項は必ずご記入ください。
- ② [種類][発病または負傷の理由]欄は該当のものを○で囲んでください。
- ③ [支給申請をした理由]欄は、「補装具」「生血購入」の各費用の請求以外の場合に被保険者証で治療等を受けることができなかった理由を詳しく、具体的に記入してください。
- ④ ◎印の項目について、海外療養費の申請の場合はご記入ください。
- ⑤ 第三者行為に係る傷病の場合は別に「第三者行為による傷病届」が必要になりますのでお問合せください。
- ⑥ 記載事項を訂正した場合には訂正印を押してください。

收受印	
受付者	