

様式第8号(第12条関係)

医療機関等コード											
国民健康保険療養費支給申請書											
制度別	1 国保 2 退職	本人・家族	1 本人入院	7 高齢受給者	9 割給付入院	給付割合	7 割				
			2 本人外来	8 高齢受給者	9 割給付外来		8 割				
			3 3歳未満入院	9 高齢受給者	8 割給付入院						
			4 3歳未満外来	0 高齢受給者	8 割給付外来						
			5 家族入院								
			6 家族外来								
支給期間		年 月 日 ~ 年 月 日									
		保険者番号		2 5 0 0 3 5							
		被保険者証の記号番号		滋長							
		保険者名		長浜市							
		所在地		長浜市高田町12番34号							
療養を受けた被保険者の氏名、性別、生年月日		氏名		年 月 日							
		生年月日		年 月 日							
		性別		1 男 2 女							
海外療養費区分		1 長期高額疾病区分		1 所得区分等		1 低所得 2 低所得 3 3月超					
種類	1 診療費		2 補装具		3 柔整		4 あんま		5 はり・灸		
	1 医科 3 歯科 4 調剤						マッサージ		7 移送 8 その他		
5 施設療養 6 訪問看護											
療養に要した費用	日数	金額		薬剤一部負担金		一部負担金					
		(請求金額) 円				(請求金額) 円					
		* (決定金額) 円		円		* (決定金額) 円					
		* (増減) 円				* (増減) 円					
食事療養費	日数	金額		標準負担額		* 返 戻					
		(請求金額) 円									
		* (決定金額) 円		円							
		* (増減) 円									
傷病名											
発病又は負傷の原因		経過年月日		年 月 日		治癒・繰越・転医・中止・死亡					
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											
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											
療養の給付を受けることができなかった理由											
上記のとおり、療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。											
年 月 日		世帯主		住 所		長浜市					
				氏 名		印					
				電話番号							
長浜市長 あて											
払 渡 希望機 関の 名 称	銀行		本店		預金の種類		口座番号				
	信用金庫		支店		1 普通						
		農協		支所・出張所		2 当座					
ふりがな		-----									
預金名義人											
国保法第54条		備考									