

機関番号																
国民健康保険・退職者療養費、後期高齢者医療療養費支給申請書兼領収書																
制 度 別	1. 国保 4. 退職 7. 後期高齢	本人・家族	1. 本人入院 2. 本人外来 3. 未就学者入院 4. 未就学者外来 5. 家族入院 6. 家族外来						7. 高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者入院 8. 高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者外来 9. 高齢受給者・後期高齢者医療7割給付入院 0. 高齢受給者・後期高齢者医療7割給付外来						給 付 割 合	7 割
			8 割													
			9 割													
支 給 期 間		年 月 日 ~ 年 月 日														
保 険 者 番 号		3 9	保 険 者 番 号						2 5 0 1 0 0	被 保 険 者 証 の 記 号 番 号			滋 湖			
被 保 険 者 番 号		※個人番号(12桁)														
市 町 名		湖 南 市						保 険 者 名		湖 南 市						
								所 在 地		湖 南 市 中 央 一 丁 目 1 番 地						
療養を受けた 被保険者(受給者)の 氏名、性別、生年月日		氏 名														
		生 年		1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成 5. 令和 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 I 2. 低所得 II								
種 類	1. 診 療 費 1. 医科 3. 歯科 4. 調剤 6. 訪問看護 19. 柔整		2. 補 装 具		4. あんま マッサージ		5. はり・灸		7. 移 送		8. その他					
	療養(医療)に要した費用		日 数	金 額				一 部 負 担 金								
				(請求金額)		円		(請求金額)		円						
				* (決定金額)		円		* (決定金額)		円						
		日		* (増 減)		円		* (増 減)		円						
食 事 ・ 生 活 療 養 費		日 数	金 額		標 準 負 担 額		* 返 戻									
				(請求金額)		円										
				* (決定金額)		円										
		回	* (増 減)		円											
傷 病 名																
発 病 又 は 負 傷 の		原 因 経 過 年 月 日		年 月 日		1. 第三者行為(交通事故等) 2. その他(自損事故・疾病等)										
						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(医療)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。 令和 年 月 日																
世帯主(組合員) (受 給 者)				住 所				電話番号 () -								
				氏 名												
				市町(理事長)長				殿								
上記支給決定額を領収致しました。 令和 年 月 日																
氏 名 印																
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する(公金受取口座を利用する場合は、世帯主の口座に限ります)																
払渡 希望機関 の名称		銀 行 信用金庫 農 協		本店 支店 出張所		預金の種類 1. 普通 2. 当座		口 座 番 号				預金名義人(ふりがな)				
国保法第 54条 確保法第 77条		備 考														