

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者番号		一般・退職	受給者番号	
保険者の名称及び所在地	名称	大雪地区広域連合	所在地	上川郡東川町東町1丁目16番1号
対象者氏名	氏名		生年月日	
個人番号			療養を受けた保健医療機関名	
療養期間				から まで 日間

療養の内容	
療養の給付を受けることができなかった理由	第三者行為の有無 有・無

標準負担差額支給	既に減額認定証の交付を受けている場合のみ記入	適用年月日	
		長期該当年月日	
	入院に際して受けた食事療養に対し支払った額（標準負担額）		円
	減額認定証を交付申請または提出できなかった理由		
イ. 長期入院該当申請日以降長期該当年月日前の入院であったため。 ロ. その他 ()			

受取方法	1、口座振込 2、窓口現金		種目	口座番号
	ゆうちょ銀行	記号	種目	口座番号
	口座名義人	(フリガナ)		

上記のとおり関係書類を添えて申請します。

平成 年 月 日

住所

[申請者] 氏名



大雪地区広域連合様 様

連絡先（電話番号）

処 理 欄	イ. (780 - 650) 円 × () 日 = () 円	支 給 決 定 額
	ロ. (650 - 500) 円 × () 日 = () 円	
	ハ. (780 - 500) 円 × () 日 = () 円	
	ニ. (780 - 300) 円 × () 日 = () 円	
	ホ. (260 - 210) 円 × () 日 = () 円	
	ヘ. (260 - 160) 円 × () 日 = () 円	
	ト. (260 - 100) 円 × () 日 = () 円	
	チ. (210 - 160) 円 × () 日 = () 円	
	リ. (210 - 100) 円 × () 日 = () 円	
	ヌ. (160 - 100) 円 × () 日 = () 円	
ル. 却下（理由： ）		
療養に要した費用額	支給額	支給年月日
(A) 円	(A) × = 円	
	(A) × = (本人負担額)	
	(A) - = (本人負担額) 円	

国民健康保険療養費支給申請書【記載例】

被保険者番号	美瑛 123456 (一般) 退職		受給者番号	
保険者の名称及び所在地	名称	大雪地区広域連合	所在地	上川郡東川町東町1丁目16番1号
対象者氏名	氏名	広域 太郎	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日
個人番号	123456789012		療養を受けた保健医療機関名	〇〇病院
療養期間				から 日間 まで

療養の内容	補装具		
療養の給付を受けることができなかった理由			第三者行為の有無 有 (無)

標準負担差額支給	既に減額認定証の交付を受けている場合のみ記入	適用年月日	
		長期該当年月日	
	入院に際して受けた食事療養に対し支払った額 (標準負担額)		円
	減額認定証を交付申請または提出できなかった理由		
	イ. 長期入院該当申請日以降長期該当年月日前の入院であったため。 ロ. その他 ()		

受取方法	1、口座振込 2、窓口現金		種目	口座番号							
	〇〇銀行 〇〇支店		普通	1	2	3	4	5	6	7	
	ゆうちょ銀行		記号	種目	口座番号						
	口座名義人	(フリガナ)	ヨウキ タロウ 広域 太郎								

上記のとおり関係書類を添えて申請します。

平成 29年 4月 1日

住所 上川郡美瑛町本町4丁目6番1号

[申請者] 氏名 広域 太郎 (印)

大雪地区広域連合様長 様

連絡先 (電話番号) 0166-82-3697

処 理 欄	イ. (780 - 650) 円 × () 日 = () 円	支 給 決 定 額 円
	ロ. (650 - 500) 円 × () 日 = () 円	
	ハ. (780 - 500) 円 × () 日 = () 円	
	ニ. (780 - 300) 円 × () 日 = () 円	
	ホ. (260 - 210) 円 × () 日 = () 円	
	ヘ. (260 - 160) 円 × () 日 = () 円	
	ト. (260 - 100) 円 × () 日 = () 円	
	チ. (210 - 160) 円 × () 日 = () 円	
	リ. (210 - 100) 円 × () 日 = () 円	
	又. (160 - 100) 円 × () 日 = () 円	
ル. 却下 (理由:)		
療養に要した費用額	支 給 額	支 給 年 月 日
(A) 円	(A) × = 円	
	(A) × = (本人負担額)	
	(A) - = (本人負担額) 円	