

機関番号													
国民健康保険療養費支給申請書兼領収書													
制度別	国保	本人・家族	1. 本人入院	7. 高齢受給者一般・低所得者入院	給付割合	7割							
			2. 本人外来	8. 高齢受給者一般・低所得者外来		8割							
			3. 未就学者入院	9. 高齢受給者7割給付入院									
4. 未就学者外来	0. 高齢受給者7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									
				被保険者の記号番号(枝番)		滋東		(枝番)					
				※個人番号(12桁)									
				保 険 者 名									
				所 在 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											
		生年月日		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 3. 一般			
種類	1. 診療費 1. 医科 3. 歯科 4. 調剤 6. 訪問看護 19. 柔整・はりきゅう・あんまマッサージ		2. 補装具						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		回 数		金 額		標準負担額		* 返 戻					
				(請求金額) 円									
				*(決定金額) 円									
		回		*(増減) 円		円							
傷 病 名													
発病又は負傷の		原因経過		年月日		昭和・平成・令和 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。 年 月 日													
世帯主(申請者)		住 所		氏 名								電話番号	
				東近江市長 様									
上記支給決定額を領収しました。 年 月 日 氏 名													
振込方法(右記から選択)		<input type="checkbox"/> 世帯主の公金受取口座を利用する。(利用者は、以下の振込先金融機関欄への記載は不要です。)											
		<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。(以下の振込先金融機関欄に記載してください。)											
振込先金融機関		銀行		本店		預金の種類		口座番号		口座名義人(フリガナ)			
		信用金庫		支店		1. 普通							
		農協		出張所		2. 当座							
国保法第 54条		備 考											