

国民健康保険・退職者療養費支給申請書

制度別	1. 一般	本人・家族	1. 本人入院	7. 高齢受給者・老人医療9割給付入院	給付割合	7 割
	2. 退職		2. 本人外来	8. 高齢受給者・老人医療9割給付外来		8 割
			3. 就学前入院	9. 高齢受給者・老人医療7割給付入院		9 割
			4. 就学前外来	0. 高齢受給者・老人医療7割給付外来		
			5. 家族入院			
			6. 家族外来			

支給期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

保険者 彦根市 彦根市元町4-2 保険者番号 2 5 0 0 2 7

被保険者の記号番号 滋彦

療養を受けた被保険者 氏名 性別 1.男 2.女  
 生年月日 1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成 年 月 日

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ヶ月超

種類	1. 診療費 1. 医科 3. 歯科 4. 調剤 5. 施設療養 6. 訪問看護	2. 補装具	3. 柔整	4. あんま マッサージ	5. はり	7. 移送	8. その他
		日数	金額	薬剤一部負担金	一部負担金		

療養(医療)に要した費用	(請求金額)	円	(請求金額)	円
	(決定金額)	円	(決定金額)	円
	(増減)	円	(増減)	円
	日			

食事・生活療養費	(請求金額)	円	標準負担額	* 返 戻
	(決定金額)	円		
	(増減)	円		
	月			

傷病名

発症又は負傷の原因・経過・年月日 年 月 日 治癒・繰越・転医・中止・死亡

診察、薬剤の投与又は手当てを受けた病院等の名称及び所在地  
 従事した医師等の氏名

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。  
 平成 年 月 日 千 -  
 申請者 (被保険者か世帯主) 住所 電話  
 彦根市長 様 氏名 印 申請者との続柄

払 渡 希望機関 の 名称	銀行 信用金庫 農協	支店	種 別	普通 当座
	口 座 番 号		口 座 名 義 人 (カタカナでご記入ください)	

(申出人と名義人が異なる場合は、名義人に領収権を委任した者とみなす。)