

支給区分

国民健康保険療養費支給申請書

㊦

被保険者証の 記号番号		—		療養を受けた 被保険者氏名 及び生年月日		年 月 日									
区分		一般・退職 (本人/家族)		個人番号		<table border="1"> <tr> <td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td> </tr> </table>		□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□								
傷病名				療養期間		年 月 日から 年 月 日まで 日									
発病、負傷 年月日		年 月 日		名称											
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		所在地		名称											
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				発病の原因		療養に要した費用									
療養の給付を 受けることが できなかった 理由		<ul style="list-style-type: none"> <li>・補装具のため給付外請求</li> <li>・海外での診療のため</li> <li>・その他 (以下のおおりに できない)</li> </ul>		発病の経過		費用額 _____ 円 支給額 _____ 円 一部負担金 _____ 円 (内 _____ 円)									
備考		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ									
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。 療養費の受領方法については下記の口座へ振込みしてください。		年 月 日		第三者行為によるものか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ											
渡川市長 様 世帯主 住所		氏名 _____ _____ _____ ①		個人番号 <table border="1"> <tr> <td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td> </tr> </table>		□	□	□	□	□	□	□	□		
□	□	□	□	□	□	□	□								
電話 _____ (振込先) _____ 代理人 氏名 _____		電話 _____ ( _____ ) _____		入院・外来 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来		療養に要した費用									
銀行 信金 信組 農協 本店 支店 本所 支所		預金 種別 普通・当座		名義人 名字											

※世帯主以外の方の口座へ振込み希望の際は、(振込先)代理人氏名欄に口座名義人の氏名を記入してください。