

| | | | |
|---------------------------|----|----|---|
| 療養費について下記のとおり支給決定してよろしいか。 | 課長 | 係長 | 係 |
| | | | |

国民健康保険療養費支給申請書

| | | | | | | |
|------------------------------|--------------------------------|---|------------------|--------------|-------------------|----|
| 被保険者証の 記号番号 | 山 7 | | 療養を受けた 被保険者氏名 | (フリガナ) | 世帯主 との 続柄 | |
| | | | 個人番号 | | | |
| 療養の給付を受ける ことができなかった 理由 | | <input type="checkbox"/> 治療上必要な装具の製作者は医療機関でないため <input type="checkbox"/> 以前の健康保険資格喪失後の受診のため <input type="checkbox"/> 被保険者証が提示できなかったため <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |
| 診療を受けた病院・ 診療所・薬局等の名称 | | 名称 | | | 第三者行為によるものですか | |
| | | 所在地 | | | 1. はい 2. いいえ | |
| 発病又は負傷年月日 (療養開始日) | | 年 月 日 | 傷病名 | | | |
| 診療の期間 (支給期間) | | 自 年 月 日 | 日 数 | 療養に 要した費用 | | 円 |
| | | 至 年 月 日 | 日 | | | |
| 療養の内容 | 1. 療養費 2. 補装具 3. その他 () | | | | 入院 | 外来 |
| 備考 | | | | | | |
| 算定根拠 | | | 支給決定額 | ¥ | 円 | |

公金受取口座を利用する 公金受取口座を利用しない (下記振込先口座を希望)
 ※公金受取口座は世帯主の方の口座のみ利用できます。

| | | | | | |
|-----------|--------------|------------|------------------------|--------------|--|
| 振込先 口座 | 銀 行 | 本 店 | 預金種別 | 1.普通 2.当座 | |
| | 農 協 | 支 店 | 口座番号 | | |
| | 信用金庫 労働金庫 | 支 所 出張所 | 口座名義人 (カタカナで 記入) | | |

| | |
|-------------------|------------|
| 上記のとおり申請します。 | |
| 年 月 日 (世帯主) | 住所 _____ |
| | 氏名 _____ |
| | 個人番号 _____ |
| | 電話番号 _____ |
| 下 松 市 長 様 | |