

国民健康保険 療養費支給申請書

一般未就学児	一般6-64	一般65-69	高齢1割
退職未就学児	退職6-64	高齢2割	高齢3割

平成 年 月 日

小 城 市 長 様

下記のとおり診療に要した費用に関する証拠書類（別紙）を添えて申請します。
 なお、振込先の口座名義人が申請者（世帯主）と異なる場合は、受領に関する権限を
 口座名義人に委任します。

住 所 小城市

氏 名 (世帯主) ㊞

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

電話番号

療養 被 保 険 者 を 受 け た	氏名													世帯主との 続 柄	被保険者証 記号番号	
	個人番号														小城	
	生年月日	昭和・平成	年	月	日											
振込先 口座	金融機関名	銀行・金庫 農協・漁協 信金・信組						本店 支店・支所 出張所								
	口座番号	コード														
	口座 種 別	普通 当座 その他	口座 名義人	フリガナ								世帯主との続柄				
傷病名	別紙のとおり						第三者行為 (交通事故等)	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無								
発病負傷 年月日	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日						療養の内容	<input type="checkbox"/> 医科・歯科・調剤 <input type="checkbox"/> 装具装着 (<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来) <input type="checkbox"/> 海外療養 <input type="checkbox"/> その他								
療養期間	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日 日間															
	<input type="checkbox"/> 装具装着年月日															
療養を受けた医療機関等の名称・所在地・医師名							別紙のとおり									
療養の給付を受けることができなかった理由																
<input type="checkbox"/> 一般診療		<input type="checkbox"/> 旅行中		<input type="checkbox"/> 緊急のため保険証を提出することができなかった												
<input type="checkbox"/> 治療用装具		<input type="checkbox"/> 保険証紛失		<input type="checkbox"/> その他 ()												
<input type="checkbox"/> 他保険資格喪失後受診		<input type="checkbox"/> 一般装具		<input type="checkbox"/> 弾性着衣等		<input type="checkbox"/> 小児用眼鏡		<input type="checkbox"/> その他								
<input type="checkbox"/> その他																
療養に要した費用の額	負 担 本 割 人 合	<input type="checkbox"/> 3割	本人負担額	保険者負担額(支給額)												
円		<input type="checkbox"/> 2割	円	円												
		<input type="checkbox"/> 1割		円												