

国民健康保険 療養費支給申請書

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

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|-------|---|--|--------------------------------|--|------------------------------|-------------|--|--------------|---|------------------------------|---------|-------|---|--|
| 療養を受けた被保険者 | 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 | 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"/> | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | 療養の内容 | <input type="checkbox"/> 医科・歯科・調剤 | |
| 療養期間 | <input type="checkbox"/> | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> 装具装着(<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来) | |
| | <input type="checkbox"/> | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> 海外療養 | |
| | <input type="checkbox"/> 装具装着年月日 | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> その他 | | | | |
| 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 | | | 負担割合 | <input type="checkbox"/> 3割 | | 本人負担額 | | | 保険者負担額(支給額) | | | | | | | | |
| 円 | | | 合 | <input type="checkbox"/> 2割 | | 円 | | | 円 | | | | | | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 1割 | | | | | | | | | | | | | |