

国民健康保険 療養費支給申請書

令和 年 月 日

(あて先) 焼津市長

申請者欄	申請者 住所 (世帯主) 氏名 ㊟ 個人番号(マイナンバー) 電話 <input type="checkbox"/> 代理人 氏名・電話 <input type="checkbox"/> 使用者 下記療養費を指定口座に振り込まれるよう申請します。										
	被保険者記号番号		受診者氏名(世帯主との続柄)			生年月日		他の制度の利用			
			()			昭和 平成 令和 年 月 日		あり 〔重度障害者 子ども医療 ひとり親家庭等〕			
	受診者個人番号 (氏名の記載あれば省略可)		保険医療機関等の名称・所在・医師等の氏名			入院・外来の区別		発病(負傷)年月			
			別紙のとおり			入院 外来		年 月			
	傷病名		傷病等の原因				療養に要した費用				
	別紙のとおり		一般疾病 第三者行為 その他()				円				
	療養の給付を受けることができなかった理由	一般診療		<input type="checkbox"/> 社会保険等資格喪失後の診療			療養の期間				
				<input type="checkbox"/> 保険証不所持の診療 (10割診療)							
				<input type="checkbox"/> 保険証受理前の診療							
<input type="checkbox"/> 海外渡航中の診療											
<input type="checkbox"/> 治療用装具の作成			療養の期間		<input type="checkbox"/> 別紙のとおり						
<input type="checkbox"/> 医療上必要な施術 マッサージ					治療用補装具の作成 (採型指導日)						
<input type="checkbox"/> 医療上必要な施術 はり・きゅう					<input type="checkbox"/> 年 月 日						
<input type="checkbox"/> その他					※ その他(装着日等・年月日)						
振込先		銀行名		支店名		普通 当座					
		銀行・農協・信用金庫・労働金庫		本店 支店						(フリガナ) 口座名義人 口座番号	

保険者欄	被保険者区分		区 分					給付割合			資格取得日		審査日	
	一般	退職	本人	家族	未就学児	高齢 (現役なみ)	高齢 (一般)	7割	8割	9割	年 月 日	年 月 日		
	審査後の費用額			支給決定額(公費負担額)				一部負担額			資格	滞納		
	円			円				円			有 無	有 無		