

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"/> 別紙のとおり				
			<input type="checkbox"/> 保険証不所持の診療 (10割診療)				治療用補装具の作成 (採型指導日) <input type="checkbox"/> 年 月 日 ※ その他(装着日等・年月日)				
<input type="checkbox"/> 保険証受理前の診療			<input type="checkbox"/> 年 月 日 ~ <input type="checkbox"/> 年 月 日 (日間)								
<input type="checkbox"/> 海外渡航中の診療								普通 当座			
<input type="checkbox"/> 治療用装具の作成			(フリガナ) 口座名義人 口座番号								
<input type="checkbox"/> 医療上必要な施術 マッサージ								銀行名 支店名 本店 支店			
<input type="checkbox"/> 医療上必要な施術 はり・きゅう			銀行・農協・信用金庫・労働金庫								
<input type="checkbox"/> その他											

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		