

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									
	☐ 代理人 氏名・電話									
	☐ 使 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 期 間	療養の給付を受けることができなかった理由	一般診療	☐ 社会保険等資格喪失後の診療				療養の期間	☐ 別紙のとおり		
			☐ 保険証等不所持の診療 (10割診療)					治療用補装具の作成 (採型指導日)		
			☐ 海外渡航中の診療					☐ 年 月 日		
		☐ 治療用装具の作成				※ その他(装着日等・年月日)				
		☐ 医療上必要な施術 マッサージ				年 月 日 ~				
		☐ 医療上必要な施術 はり・きゅう				☐ 年 月 日				
		☐ その他				(日間)				
	振込先	銀行名		支店名		普通 当座	(フリガナ) 口座名義人			
		銀行 ・ 農協 ・ 信用金庫 ・ 労働金庫		本店 支店			口座番号			

保 険 者 欄	区 分					給付割合			資格取得日		審 査 日		
	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	