

# 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	<p>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 <input type="checkbox"/>使者 氏名・電話</p> <p>下記療養費を指定口座に振り込まれるよう申請します。</p>								
	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 年 月 日 平成 年 月 日 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 重度障害者 <input type="checkbox"/> 子ども医療 <input type="checkbox"/> 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つた理由	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 )		
			<input type="checkbox"/> 海外渡航中の診療				<input type="checkbox"/> 年 月 日		
<input type="checkbox"/> 治療用装具の作成			※ その他(装着日等・年月日)						
<input type="checkbox"/> 医療上必要な施術 マッサージ			年 月 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			( 日間 )						
振込先	銀行名		支店名		普通	(フリガナ) 口座名義人			
			本店			支店			
	銀行・農協・信用金庫・労働金庫				当座	口座番号			
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する(ご自身で公金受取口座をマイナポータル上にて登録している方に限ります)									

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 (現役のみ)	高齢 (一般)	7割	8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
	円				円				円	有無	有無