

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 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 <div>重度障害者 子ども医療 ひとり親家庭等</div>		
	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 当座	(フリガナ) 口座名義人			
					本店						
		銀行・農協・信用金庫・労働金庫			支店			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 (現役なみ)	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	滞納
	円			円			円			有 無	有 無