

国民健康保険 療養費支給申請書

※太枠内を記入してください。

(あて先) 糸魚川市長

被保険者 記号番号	糸 魚 川	個人番号	
		療養を受けた 被保険者氏名	
傷 病 名		生年月日	年 月 日 歳
発病・負傷 年 月 日	年 月 日	療養期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間

診療、薬剤の支給又は手当 を受けた病院、診療所、薬局、 その他の者の名称及び所在地	医CD
診療又は調剤に従事した医師、 歯科医師又は薬剤師の氏名	

療養の給付を受けることので きなかつた理由	<input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 保険証未提示(理由) <input type="checkbox"/> その他()
--------------------------	---

発病の原因	<input type="checkbox"/> 一般疾病 <input type="checkbox"/> 第三者行為	傷病の経過
-------	--	-------

療養内容	療養に要した費用
------	----------

指定 振込 先	金融機関名	銀行・信用組合 本店 農協・信用金庫 労働金庫 支店
	預金種別	普通 当座 口座番号
	口座名義人	フリガナ 世帯主との続柄 <input type="checkbox"/> 世帯主本人 <input type="checkbox"/> その他(委任状添付)

上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

世帯主 住 所 糸魚川市

氏 名 _____

個人番号 _____

窓口 に来 た 人	<input type="checkbox"/> 世帯主 <small>(電話番号記入)</small> <input type="checkbox"/> 世帯主以外 <small>(全て記入)</small>	氏名 _____ 続柄 _____ 電話番号 _____
--------------------	--	---------------------------------

【本人確認】免・個・パ・在・保・資・障・聴・職・他()

※市処理欄

受付	<input type="checkbox"/> 収納(未納あり・なし) <input type="checkbox"/> 第三(該当・非該当) <input type="checkbox"/> 公費(なし・県障・単子・県親)			
担当	負担区分・未就学児(2割)・若者一般(3割)・前期高齢(2割・3割)			受付印
	申請書 <input type="checkbox"/> 記入チェック <input type="checkbox"/> 添付書類チェック【・領収書(明細のわかるもの)・医師の証明書】			
	入 力 <input type="checkbox"/> 口座(債権者No. _____) <input type="checkbox"/> 国保総合(/) <input type="checkbox"/> 累積			
	支給決定額	円	審 査	
支給決定日				