

# 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

		個人番号				
被保険者 記号番号	糸魚川		療養を受けた 被保険者氏名			
	生年月日	年	月	日	歳	
傷病名			年	月	日から	
発病・負傷 年月日	年	月	年	月	日まで	
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 できなかった理由	<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		円			
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（指定振込先の記入不要）※公金受取口座の登録をしている方に限ります。						
口座名義人： <input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> その他（委任状添付）						
口座名義人の個人番号 <input type="checkbox"/>						
※上記にチェックを入れた場合は、指定振込先への記入は不要ですが、記入がある場合は以下の金融機関への振込を優先します。						
<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する（指定振込先の記入が必要）						
指定 振込 先	金融機関名	銀行・信用組合 農協・信用金庫 労働金庫				本店 支店
	預金種別	普通・当座	口座番号	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	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 (電話番号記入)	電話番号 _____
	<input type="checkbox"/> 世帯主以外 (全て記入)	氏名 _____ 続柄 _____

【本人確認】免・個・パ・在・資・障・聴・職・他( )

※市処理欄

受付	・収納（未納あり・なし）・第三（該当・非該当）・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	受付	
	支給決定日					