

国民健康保険療養費支給申請書

一金 円也

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。

預金口座名義人に振り込むことを承認します。

上記金額を支給されるよう申請します。

年 月 日

(あて先) 鳥羽市長

住所 _____	
申請者氏名 (世帯主) _____	(印) 個人番号 _____
電話番号 (_____)	
被保険者証 記号番号 _____	世帯主名 _____
診療を 受けた人	(フリガナ) 氏名 _____ 性別 _____ 申請者との続柄 _____
	受診者個人番号 _____ 生年月日 _____ 年 月 日
	療養の給付を受けることができなかった理由 <input type="checkbox"/> 補装具を製作したため <input type="checkbox"/> 海外療養費のため <input type="checkbox"/> その他(_____) <input type="checkbox"/> 保険証不携帯のため <input type="checkbox"/> 特別療養費のため
	診療期間 自 _____ 至 _____ 受診資格 一般・(退職被保険者) 本人・被扶養
	発病負傷日 _____ 診療日数 _____ 日
	傷病名 _____
	受診した医療機関 _____ (_____) 診療科 _____
	受診状態 入院・外来 _____ 受給証 _____
	費用額 _____ 円 併用公費又は福祉の名称 _____ 円
	第三者行為の有無 _____ 有・無 _____
振込先	金融機関 _____ 銀行 信用金庫 農協・信漁連 _____ 支店 _____ (フリガナ) 口座名義人 _____
	口座種別 普通・当座・その他(_____) 口座番号 _____
点数 _____	総医療費 _____ 指定公費負担分 _____
負担率 _____	一部負担額 _____ 支給額 _____
備考欄 _____	
受 付 印 _____	