

国民健康保険療養費支給申請書

南相馬市長

年 月 日

個人番号

世帯主

住所

氏名

(電話番号 - - -)

次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。

被保険者等記号・番号	島92	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退職本人 <input type="checkbox"/> 退職被扶養者		
療養を受けた被保険者氏名		被保険者の生年月日 年 月 日 (歳)		
個人番号		<input type="checkbox"/> 第三者行為 (交通事故等有の場合 <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
傷病名				
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、薬局その他の名称及び所在地				
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ができなかつた理由			
傷病名				
医師の意見欄				
補装具装用についての意見				
装具の採寸または採型日	年 月 日	採寸または採型日は	入院 外来	
年 月 日 名 称				
所在地				
医師氏名				
振込口座等	金融機関名	銀行 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 本店 金庫 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 支店		
	口座番号	<input type="text"/>	口座の種類 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	
	フリガナ			公金受取口座を利用します。 <input type="checkbox"/>
	口座名義人			

※世帯主以外の方の口座に振込を希望される場合は、下記の委任欄を記入してください。

委任状	私は、本申請に基づく療養費に関する受領を下記受任者に委任します。						
	委任者	住所					
	氏名						
	受任者	住所					
	氏名	電話番号			- - -		

【事務処理欄】

区分	<input type="checkbox"/> 診療費 (医科)	<input type="checkbox"/> 診療費 (歯科)	<input type="checkbox"/> 診療費 (調剤)	<input type="checkbox"/> コルセット	<input type="checkbox"/> 海外療養費	<input type="checkbox"/> 生血代
年齢区分	<input type="checkbox"/> 未就学児	<input type="checkbox"/> 6~69歳	<input type="checkbox"/> 70歳以上(1割)	<input type="checkbox"/> 70歳以上(2割)	<input type="checkbox"/> 70歳以上(3割)	<input type="checkbox"/> 前期高齢者
金融機関コード	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	点数	支給割合	<input type="checkbox"/> 7割 <input type="checkbox"/> 8割
療養に要した費用	円	一部負担金	円	支給決定額	円	