

(省令第27条第1項、第27条の5第1項関係)

# 国民健康保険 療養費 支給申請書

年 月分

被保険者記号・番号		9 6	被保険者区分		一般・本人・被扶養		(退職被保険者)				
療養を受けた方	氏名	年齢		歳	世帯主との続柄	入外区分	<input type="checkbox"/> 入院				
個人番号	生年月日		年	月	日	交通事故等第三者行為	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 外来			
傷病名	診療開始日				年	月	日				
	療養の期間又は装着日				自	年	月	日			
					至	年	月	日	日間		
診療又は手当を受けた医療機関の名称等		所在地									
		名称		医師名							
療養の給付を受けることができなかった理由		<input type="checkbox"/> 1 急病などでやむを得ず保険証を持たずに受診したため <input type="checkbox"/> 2 医師の診断により補装具を作成装着したため <input type="checkbox"/> 3 他保険資格喪失後の受診のため <input type="checkbox"/> 4 医師の同意によりマッサージ(はり・きゅう)を受けたため <input type="checkbox"/> 5 資格証明書で受診したため <input type="checkbox"/> 6 その他(具体的に: )									
療養に関する証明書		(領収書・証明書等を添付してください)		療養に要した費用		円					
振込先 (世帯主口座)	銀行 信用金庫		本店(所)		預金種別	普通座					
	農協 信用組合		支店(所)			( )					
口座番号(右詰)	口座名義人(カタカナ)										
上記のとおり国民健康保険療養費を申請します。											
年 月 日				大刀洗町長 様							
住 所											
世帯主氏名				印	申請者氏名		続柄				
				※署名する場合には押印不要							
個人番号				電話番号							
決定額		費用額		円		支給額		円			
本人確認		番号カード・免許証・在留カード・パスポート・障害者手帳・健康保険証・その他( ) (代理人・後見人申請)委任状・登記事項証明書			就学前・70歳未満・70歳以上3割・70歳以上2割			一部負担金額		円	
					高額療養費システム入力			: 不要・済み			