

(第5条関係)

国民健康保険療養費支給申請書

下記のとおり療養の給付に要した費用について別紙書類を添えて申請します。

(宛先) 内灘町長

年 月 日

窓口に来られた方	住所												
	氏名						電話番号						
世帯主からみた関係 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 世帯員(続柄:) <input type="checkbox"/> その他()※委任状が必要です。													
世帯主	住所												
	氏名						電話番号						
	個人番号												
療養の給付を受けた被保険者	記号番号						一般	退職本人	退職扶養				
	個人番号						身体	1	2	3	療育	A	B
	氏名				生年月日	年 月 日		男・女	続柄				
傷病名				療養に要した費用				円	入外				
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				
療養を受けた保険医療機関等の所在地、名称及び医師等の氏名	所在地												
	名称												
	氏名												
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 <input type="checkbox"/> 保険証を受け取る前であったため <input type="checkbox"/> 保険証不所持 資格取得日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 旅行中 <input type="checkbox"/> 紛失 届出年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> その他..... 交付年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> その他												
発病又は負傷の理由	1. 第三者行為(交通事故等)					2. その他(自損事故・疾病等)							
支給額は、下記の口座に振込み下さい。													
振込先(世帯主)	銀行	本店			普通								
	信用金庫	支店			・								
	組合	出張所			当座								
	口座名義人	フリガナ											
		氏名											
保険者 処理欄	療養に要した費用	一部負担金			支給決定額								
	円	円			円				円				