

	課 長	係 長	係 員
決 裁			

国民健康保険 療養費支給申請書

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	山 1 0				
療養を受けた 被保険者氏名			生年月日	年 月 日	
個 人 番 号 (マイナンバー)			世帯主との 続 柄	☐ 本人 ☐ 本人以外	
傷 病 名			発病又は負傷 の 年 月 日	年 月 日	
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			名 称		
			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った理由			☐ 治療上必要な装具の製作業者は医療機関でないため ☐ 以前の健康保険資格喪失後の受診のため ☐ マイナ保険証、資格確認書等が提示できなかったため ☐ 海外渡航中の療養のため ☐ その他 ()		
発 病 の 原 因	交通事故等の第三者行為 (有 ・ 無)		療 養 の 内 容	☐ 補装具 ☐ 診療(医・歯・調剤) ☐ その他 ()	
傷 病 の 経 過			療 養 期 間	年 月 日から 年 月 日まで	
療養に要した費用(10割)	円			日間	
☐ 公金受取口座を利用します。(利用する場合は口座情報の記入不要)					
振込 口座	銀行	支店	普通	口 座 番 号	
	農協	支所		フリガナ	
	信金	出張所	当座	口 座 名 義 人	
(あて先)光市長 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 申請者 住所 (世帯主) 氏名 個人番号 (マイナンバー) (電話番号 - -)					

市処理欄 (※以下は記入しないでください)

算定根拠		支給決定額									
------	--	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

担当確認欄 (受付:)

☐ 外来 ☐ 入院	年齢 区分	☐ 70歳未満 ☐ 70歳以上 ☐ 未就学児	前 期 高齢者	☐ 65-69歳 ☐ 70歳一般 ☐ 70歳現役	給付 割合	2割 3割	福祉 医療	☐ 重度 ☐ ひとり親 ☐ 乳幼児
--	----------	---	------------	---	----------	-------	----------	--