

決 裁	課 長	係 長	係 員

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	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 治療上必要な装具の製作者は医療機関でないため <input type="checkbox"/> 以前の健康保険資格喪失後の受診のため <input type="checkbox"/> 被保険者証が提示できなかったため <input type="checkbox"/> 海外渡航中の療養のため <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 補装具 <input type="checkbox"/> 診療(医・歯・調剤) <input type="checkbox"/> 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
振 込 口 座	銀行	支店	普通
	農協	支所	座
	信金	出張所	当座
			口 座 番 号 フリガナ 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 (世帯主) 住所 _____ 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

<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院	年齢 区分	<input type="checkbox"/> 70歳未満 <input type="checkbox"/> 70歳以上 <input type="checkbox"/> 未就学児	前 期 高 齢 者	<input type="checkbox"/> 65-69歳 <input type="checkbox"/> 70歳一般 <input type="checkbox"/> 70歳現役	給付 割合	2割 3割	福祉 医療	<input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> ひとり親 <input type="checkbox"/> 乳幼児
------------------------------------------------------------	----------	---------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------	----------	-------	----------	----------------------------------------------------------------------------------------------