

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者記号・番号		み利 A		太枠の中を御記入ください。 該当するところに□を記入してください。			
療養を受けた被保険者氏名 (フリガナ)			世帯主との続柄		生年月日		
					昭和・平成・令和		
					年 月 日		
個人番号	氏名を記載している場合、省略可						
傷病名			傷病原因		傷病の経過		
<input type="checkbox"/> 別添「診断書」のとおり <input type="checkbox"/> 別添「レセプト」のとおり <input type="checkbox"/> その他( )			<input type="checkbox"/> 一般疾病 <input type="checkbox"/> 第三者行為		<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> その他( )		
発病(負傷)年月日 及び負傷内容等	<input type="checkbox"/> 別添「診断書」のとおり <input type="checkbox"/> 別添「レセプト」のとおり		療養の 期間	自 年 月 日 至 年 月 日			
採寸・採型日 (補装具)	<input type="checkbox"/> 別添「診断書」のとおり <input type="checkbox"/> 年 月 日						
療養種別	<input type="checkbox"/> 一般診療 <input type="checkbox"/> 補装具・小児弱視等治療用眼鏡 <input type="checkbox"/> 海外療養費 <input type="checkbox"/> 移送費 <input type="checkbox"/> その他( )						
療養の給付を受けることができなかった理由							
<input type="checkbox"/> 被保険者証等を不所持だったため、医療費を自己負担で医療機関等を受診した。 <input type="checkbox"/> 以前加入していた保険の被保険者証を使用した。 <input type="checkbox"/> 給付割合の変更により、自己負担額(一部負担金の額)に差額が生じた。 <input type="checkbox"/> 補装具の装着を医師(保険医)が認め、その費用を支払った。 <input type="checkbox"/> 輸血(生血)の必要を医師が認め、その費用を支払った。 <input type="checkbox"/> 海外の医療機関で受診した。 <input type="checkbox"/> その他( )							
診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局等							
<input type="checkbox"/> 別添「診断書」のとおり <input type="checkbox"/> 別添「レセプト」のとおり							
所在地							
名称		医師名、歯科医師、又は薬剤師の氏名					
療養に要した費用	円	自己負担額 (一部負担金の額)	円	支給金額	円		
振込先口座(申請者(世帯主)以外の口座を指定する場合は、裏面の委任状欄に記入すること。)							
金融機関名	銀 行・信用金庫 農業協同組合・信用組合 労働金庫・( )			支店名	本店 支店 出張所		預金種類 1 普通 2 当座 3 貯蓄
	金融機関コード				支店コード		
口座番号(右詰め)			口座名義人 (カタカナで記入)				
上記のとおり療養費に要した費用に関する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 印				
			個人番号				
利府町長 殿			電話番号 ( )				

— 委 任 状 —

本申請に基づく療養費の受領を下記代理人に委任します。

記

代理人	住 所	
	氏 名	印
	申請者(世帯主)との関係	

年 月 日

申請者(世帯主)住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

※担当課記入欄

区 分		入院・外来区分	給付割合
種 別	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退職本人 <input type="checkbox"/> 退職扶養	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	<input type="checkbox"/> 7割 <input type="checkbox"/> 8割 <input type="checkbox"/> 9割
年齢区分	<input type="checkbox"/> 若年 <input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> 高齢 ( 歳)		
高齢者負担	<input type="checkbox"/> 上位 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 低Ⅱ <input type="checkbox"/> 低Ⅰ		

本人確認欄

個人番号カード 運転免許証 パスポート その他( 年金手帳、保険証、診察券、  
 \_\_\_\_\_、 \_\_\_\_\_ )