

国民健康保険療養費支給申請書

※太枠内を記入して下さい

被保険者証の記号番号		療養を受けた被保険者氏名		生年月日		世帯主との続柄	
幡15-				昭・平・令 年 月 日			
受診者個人番号				世帯主個人番号			
受領方法	<input type="checkbox"/> 口座振込						
	金融機関名				支店名		
	銀行 組合 金庫				支店 本店		
	金融機関番号				支店番号		
	預金種別 口座番号		普通 当座		口座 名義人 (フリガナ)		
<input type="checkbox"/> 窓口(会計課)受領							
第三者行為(交通事故等)による傷病の有無				有		無	
<p>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。 振込先の口座名義人が世帯主(申請者)と異なる場合には、上記口座名義人を代理人とし、 上記指定口座への入金をもって八幡市からの支払金の受領と認めます。</p> <p>令和 年 月 日 住所 世帯主 氏名 八幡市長様 電話番号</p>							

傷病名		療養期間		年 月 日 から 年 月 日迄		
発病(負傷)日		年 月 日		日間		
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、 歯科医師または薬剤師指名						
療養の給付を受けることができなかった理由						
<input type="checkbox"/> 保険証不携帯		発病の原因		療養に要した 費用 円		
<input type="checkbox"/> 保険証誤使用		傷病の経過				
<input type="checkbox"/> 装具装着		療養内容				
<input type="checkbox"/> 海外渡航中の療養						
<input type="checkbox"/> その他()						
備考						
国保一般			退職		表別	
一般7割	前期8割	前期9割	前期7割	未就学8割	退職本人 退職家族 退職未就学 入院・外来	
給付種類					区分	表別
診療費	補装具	柔道整復	あんま	はり・きゅう	その他	本人・家族 医科・歯科・調剤
国保資格取得年月日		年 月 日		給付年月日		無・有(年 月 日)
高額療養費申請		有・無		福祉医療申請		有・無
						受付

※靴型装具には写真添付が必要です。(平成30年4月以降作製分)

個人番号確認