

国民健康保険療養費支給申請書

令和 年 月 日

(あて先) 久御山町長

申請者 (世帯主) 住 所 久御山町

氏 名 _____ ㊟

個人番号 _____

(電話 - -)

次のとおり国民健康保険療養費を申請します。

被保険者証記号番号	久									
療養を受けた被保険者名	氏 名						生年	昭・平・令・西暦		
	個人番号						月 日	年 月 日		
	資 格 種 別	一 般			未就学児		公 費		無	
		退 職	家 族 本 人	前 期 高 齢	7 割	8 割	9 割	① 老人 ② 障害者 ③ ひとり親 ④ 子育て		
療養期間	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間									
療養に要した費用	円									
病院・診療所・薬局等の 名称所在地	名称									
	所在地									
診療又は調剤に従事した医師、歯科医師又は調剤師の氏名										
療養の給付等を受けるこ とができなかった理由	1. 緊急により被保険者証を提示で きなかつたため					傷病名				
						傷病の原因	①一般疾病 ②労災関係 ③第3者行為 (交通事故等)			
	2. 治療用装具を作製したため 3. その他 ()					発病又は負傷の年月日	年 月 日			
						傷病の経過				
					療養の内容	1. 医院入院・入院外・歯科・調剤 2. 柔道整復 3. 鍼灸 4. あんま・マッサージ 5. 治療用装具 6. その他 ()				
支払い方法等 1. 窓口払 2. 口座振込	受取金融機関の名称 (原則、世帯主名義の口座) 銀行・信組 信金・農協 支店					口座種別	1. 普通 2. 当座 3. その他			
	口座番号	口座名義	(カタカナで記入)							
		口座番号								
※世帯主以外の方の口座に振込みを希望される場合 本申請に基づく療養費の受領に関する権限を、代理人に委任します。 令和 年 月 日 世帯主 氏名 _____ ㊟ 代理人 住所 _____ 氏名 _____ ㊟										