

国民健康保険療養費支給申請書

<p>下記のとおり、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。 なお、支給額は右記口座名義人へ振込願います。 また、市税等の滞納があればその充当に応じます。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p>氷見市長 あて</p> <p>住所 _____</p> <p>世帯主 _____ (印)</p> <p>電話 (_____) _____</p>	<p style="text-align: center;">振込指定口座</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">金融機関名</td> <td>銀行・信用金庫 農協・信漁連</td> </tr> <tr> <td></td> <td>本店・支店 本所・支所</td> </tr> <tr> <td>預金種別</td> <td>1 普通 2 当座</td> </tr> <tr> <td>口座番号</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>口座名義人</td> <td>_____</td> </tr> </table>	金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信漁連		本店・支店 本所・支所	預金種別	1 普通 2 当座	口座番号	_____	フリガナ	_____	口座名義人	_____
金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信漁連												
	本店・支店 本所・支所												
預金種別	1 普通 2 当座												
口座番号	_____												
フリガナ	_____												
口座名義人	_____												

※欄は医療機関で記入を受けてください。 (平成 年 月 分)

被保険者番号			1 一般	2 退職本人		
個人番号			3 退職扶養	4 高齢受給者 (7割・8割・9割)		
療養を受けた被保険者の氏名等	氏名	_____		世帯主との続柄		_____
	生年月日	昭和・平成 年 月 日				
※傷病名			※療養期間		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	
※発病・負傷年月日	平成 年 月 日					
※診察、薬剤の支給又は手当を受けた保険医療機関等	名称		_____			
	所在地		_____			
※診察、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	※発病・負傷の原因		_____			
	※第三者行為によるもの		該当・非該当			
	※傷病の経過		_____			
	※療養の内容		_____			
		※療養に要した費用		_____ 円		
備考						

以下はご記入の必要はありません。

受付番号	請求金額	審査金額	支給決定額
_____	_____ 円	_____ 円	_____ 円