

富山県 国民健康保険療養費支給申請書

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実に応じます。 年 月 日 氷見市長 あて 住所 _____ 世帯主 _____ 電話 (_____) _____	振込指定口座	
	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。 (_____ 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	年 月 日		
※傷病名			※療養期間	年 月 日から 年 月 日まで
※発病・負傷年月日	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	<input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
	※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