

国民健康保険療養費支給申請書

年 月 診療分

| | | | | | | | | |
|------|-----|-------|---|---|---|---|---|---|
| 保険者名 | 香芝市 | 保険者番号 | 2 | 9 | 0 | 7 | 1 | 8 |
|------|-----|-------|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | | |
|-----------|------------|---------|------|-----|-----|-----|---|
| 被保険者証記号番号 | 奈30- | 療養を受けた者 | 氏名 | | 男・女 | | |
| 療養期間 | 年 月 日から | | 個人番号 | | | | |
| | 年 月 日まで 日間 | | 生年月日 | 1.昭 | 2.平 | 3.令 | 年 |

| | | | | | | | | | | |
|------|--------------|---------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------|--------------|------------|-------|------|
| 請求区分 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 海外療養費 | 1:該当 |
| | 一般 6歳～64歳 | 一般 65歳～69歳 | 一般 70歳以上 (1割負担) | 一般 70歳以上 (2割負担) | 一般 70歳以上 (3割負担) | 一般 未就学児 | 退職 6歳～64歳 | 退職 未就学児 | | |

| | | | | | | | | | | |
|------------|-----|--|--|--|--|--|--|---------|--|--|
| 診療を受けた医療機関 | 名称 | | | | | | | 医療機関コード | | |
| | 所在地 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 支給申請をした理由 <small>(保険証で治療が受けられなかった理由)</small> | 診療調剤又は手当に従事した医師、歯科医師、薬剤師その他の者の氏名 | | | | | | | |
|---|----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|-----------|--|--|--|--|--|--|---|---|
| 療養に要した費用額 | | | | | | | | | | 円 | 食事回数 | | | | | | | 回 | |
| 審査認定額 ※ 1 | | | | | | | | | | | 療養に要した費用額 | | | | | | | | 円 |
| 一部負担金 | | | | | | | | | | | 食事標準負担額 | | | | | | | | 円 |
| 支給金額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 円 |

※金融機関の口座番号を左詰で記載して下さい。振込月については最短で3ヶ月後となります。

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--------------------------|-----------------|-----------------------|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 振込先 | 銀行 信用金庫 信用組合 農協 | 本店 支店 出張所 | 1.普通 2.当座 9.その他 | 口座番号 | | | | | | | | | | |
| | | | | 口座名義人 (カタカナ) | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| 銀行コード | | 支店コード | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|
| 委任状 <small>※ 受取人が世帯主と異なる場合は、必ずご記入ください。</small> | 口座名義人を代理人と定め、受領に関する権限を委任します。 | | | | | | |
| | 世帯主氏名 (印) | | | | | | |

上記のとおり療養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

〈あて先〉 香芝市長

申請者
(世帯主)

住所

氏名

個人番号

電話番号

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

— —

※ 太枠内を記入してください。