

# 国民健康保険療養費支給申請書

( 年 月 診療分)

筑後市長 様  世帯主 住 所 筑後市大字  氏 名 _____ (印)  個人番号 _____  T E L. _____	年 月 日
--	-------

次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。

被保険者証の記号番号	12					一般・退本・退扶	公費医療証の有無	無有(乳・障・親)	
療養を受けた被保険者の	氏名						世帯主との続柄		
	生年月日	( 年 月 日生)							
	個人番号								
過去の治療用器具製作の有無	有・無		前回の製作年月日		年 月 日				
傷病名および発病負傷(製作)年月日						年 月 日			
診療・手当・調剤処方等を行った医療機関等の名称および所在地	名称								
	所在地								
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		国民健康保険税		完納・未納				
療養の給付を受けることができなかった理由									
交通事故等の第三者行為	有・無		有の場合、届出状況を要確認						
振込先金融機関	銀行		口座番号		( )				
	支店		口座氏名(カナ)						

受付		備考	届出者：委任状等(有・無)	本人確認	個人番号カード 運転免許証 パスポート 住基カード(写真) その他( )		
療養費算定欄		費用額		支給額		本人負担額	
区分		入院・入院外		医科・歯科・調剤・補装具・その他( )			
支給決定日		年 月 日		支給日		年 月 日	
不支給の理由							