

国民健康保険療養費支給申請書

一金 円 也

上記金額を支給されるよう申請します。

ただし下記内訳のとおり

令和 年 月 日

申請者(世帯主)住所

氏名(世帯主)

電話番号

白山市長 あて

被保険者 記号・番号								
療養を 受けた人	(フリガナ)				世帯主との続柄			
	氏 名							
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	個人番号		
受診した 医療機関	名称							
	所在地							
診療科				受診状態	入院 ・ 外来			
療養期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで					診療 日数	日	
傷病名及び 傷病の原因				療養の給付又は 特定療養費の支給 を受けることが できなかった理由	(証明日 年 月 日)			
第三者行為 の有無	1: 第三者行為(交通事故等) 2: その他							
発病・負傷 年 月 日	年 月 日			療養の内容				
傷病名				療養の算定 費用の額	円			
受取口座	☐ 振込口座を指定する。 ☐ 公金受取口座を利用する。							
世帯主 名義の 振込先 口座	銀行	支店 ()	種目		口座名義人			
	信用金庫		普通 ・ 当座	カ タ カ ナ				
	農協		口座番号					
								
備考								

市記載欄	区 分	前期 高齢者	65歳 以上	未就学	種類	① 一般	② 補装具	③ 柔整	④ マ	⑤ 針灸
					審査決定額					
		1割 ・ 3割 ・ 2割			支給決定額					