

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証の 記号・番号	十 和 田					整理番号 ※記入しないでください	
療養受給者	氏名				生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
	個人番号				保険証の種類	一般被保険者（9・8・7）	
	主との続柄					退職被保険者	
傷病名、及び発病、 負傷日	診断書に記載のとおり				退職被扶養者		
診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、 診療所、薬局の名称及び所在地	診療書の医師名、及び医療機関名 記載欄のとおり			費用額	円		
診療、調剤に従事した医師、歯科 医師又は薬剤師の氏名							
傷病の原因、傷病の経過、及び療 養内容	診断書の診断内容、及び領収書の 購入物品欄のとおり			支給額	円		
第三者行為の有無	有 ・ 無						
滞納の有無	有 ・ 無 □窓口受け取り						
療養の給付を受けるこ とができなかった理由		<input type="checkbox"/> 補装具製作所が療養取扱機関ではないため <input type="checkbox"/> 保険証を提示せず医療機関に受診したため <input type="checkbox"/> 他保険の保険証を使用し、医療費の返還をしたため <input type="checkbox"/>					
下記の金融機関及び口座番号に療養費の払渡しを希望します。							
振 込 先 指 定	銀行 農協		支店 本店		種 別	普通 当座	
	信金 信組		出張所				
	店番	口座番号					
フリガナ							
口座 名義人	氏	名					

上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。

令和 年 月 日

十和田市長 殿

世帯主 住所 十和田市

氏名

個人番号

電話番号 ()