

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。

年 月 日

世帯主住所 _____
(連絡先TEL _____ - _____ - _____)

氏名 _____ 個人番号 _____

十和田市長 殿

| | | | | | | | | | | |
|---------------|---|--|--|--------------|----------------------|------------------------|-----------------|-------------|---|---|
| 被保険者 記号・番号 | 十和田 | | | 世帯主名 | | | | | | |
| 診療を 受けた人 | (フリガナ) 氏名 | ----- | | | 個人番号 | | | 世帯主との 続柄 | | |
| | 住所 | | | | | | | | | |
| | 診療期間 | 自 至 | | | 受診資格 | 一般・ (退職被保険者) 本人・被扶養 | | | | |
| | 発病負傷日 | | | | | | | 診療 日数 | | |
| | 傷病名 | | | | | | | | | |
| | 受診した 医療機関 | () | | | | | | 診療科 | | |
| | 受診状態 | 入院・外来 | | 受給証 | 高齢者 3 割・高齢者 2 割・未就学児 | | | | | |
| | 費用額 | 円 | | うち薬剤 一部負担 | 円 | | 併用公費又は 福祉の名称 | | | |
| | 審査 認定額 | 円 | | 交通事故等の第三者行為 | | | 有 | 無 | | |
| | 療養の給付を 受けなかった 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、医療費を返還したため | | | | | | | | |
| 受取口座 | <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する (利用する場合は口座情報の記入不要)。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。 | | | | | | | | | |
| 振込先 | 金融機関 | | | | (フリガナ) 口座名義人 | ----- | | | | |
| | 口座種別 | 普通・当座・その他 () | | | 口座番号 | ⋮ | ⋮ | ⋮ | ⋮ | ⋮ |
| 点数 | | | | 総医療費 | | | | | | |
| 負担率 | | | | 一部負担額 | | | | | | |
| | | | | 支給額 | | | | | | |