

国民健康保険療養費支給申請書

入院			外来		
1	本入	2	本外		
3	六入	4	六外		
5	家入	6	家外		
7	高入一	8	高外一		
9	高入七	0	高外七		

1 一般 4 退職

令和 年 月 分

療養を受けた被保険者氏名	男・女	保険者番号		3	0	0	2	5	1
生年月日	昭・平・令 年 月 日	個人番号	番号のわかる方は記入願います。	—	—	—	—	—	—
発病負傷年月日	令和 年 月 日	療養期間	日間	令和 年 月 日から					
療養の種別	補装具	(療養が行われた日)		令和 年 月 日まで					
傷病名									
疾病又は負傷は交通事故等の第三者の行為によるものですか	はい いいえ	はい と答えた方 →	第三者行為の届出は 既にお済ですか	はい いいえ	いいえと答えた方は 別に第三者行為の 届出をお願いします				
診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院・診療所・薬局その他の者の名称及び所在地	病院・医院・診療所				発病又は負傷 の原因				
診療、調剤又は手当に従事した医師、歯科医師、薬剤師その他の氏名					傷病の 経過				
療養費の支給申請をした理由(被保険者証で治療等が受けられなかった具体的な理由)	治療に必要な装具の製作者は医療機関でない為に療養給付が受けられなかった。				療養内容	装具装着			
備考									

療養に要した費用額 円

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 〒 -
申請者 住所
(世帯主) 電話(連絡先)
(フリガナ)
氏名

個人番号 番号のわかる方は記入願います。

有田川町長 殿

〔上記の支給される金額の受領を委任する場合〕

〒 -
住所
電話 (連絡先)
(フリガナ)
氏名
世帯主(委任者)との続柄

上記の支給される金額の受領について
左記の者に委任します。

世帯主名
(委任者)

印

振込口座	☐ 療養費登録済み口座	支払先コード	—
	☐ 下記口座	☐ マイナンバーに登録済みの公金受取口座	
金融機関名	種別	普通・当座	フリガナ
支店支所名	口座 番号		名義人 氏名

審査認定額		円	食事療養		回		円
一部負担金		円		食事標準負担額			円
保険者負担額		円		保険者負担額			円

※ 太線内については連合会にて記載します。

届出人氏名	(別世帯の方のみ記入必須)
生年月日 昭和・平成 年 月 日	世帯主との関係(続柄)
	住所
	電話 ()

職員確認欄 本人確認 免・パ・個力・身・保・介・年手・年証・他 ()