|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  年 月 日申請者住所  氏名 個人番号  　　　　　　　　　　電話番号  世帯主との続柄 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　延 岡 市 長　殿 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者記号・番号 | |  | | | | | | | 世帯主名 | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | （ﾌﾘｶﾞﾅ）  氏 名 | |  | | | | | 個人番号 | |  | | | | | 申請者との続 柄 | | | | |  | |
|  | | | | |
|  | | 住 | 所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診 療 を | | 診療期間 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 発病負傷日 | |  | | | | | | | | | | 診療  日数 | | | 日 | | | | | |
| 受けた人 | | 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 | |  | | うち薬剤 | | | |  | | | 併用公費又は | | | | | |  | | | |
|  | | 円 | | 一部負担 | | | | 円 | | | 福祉の名称 | | | | | |
|  | | 審査 | |  | | 交通事故等の第三者行為 | | | | | | |  | 有 | | |  |  | • | | 無 |  |
|  | | 認定額 | | 円 | |
| 療養の給付を受けることができなかった理由 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 振込先 | | 金融機関 | |  | | | | （ﾌﾘｶﾞﾅ）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 | |  | | | | | 薬剤一部負担金 | | | | | | |  | | | |
| 負担率 | |  | | | 一部負担額 | |  | | | | | 支給額 | | | | | | |  | | | |