|  |
| --- |
| 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 |  |