

国民健康保険療養費支給申請書

< 一般 退職 前期高齢者 >

被保険者証の記号番号	(45-003-1)	療養を受けた被保険者	氏名		世帯主との続柄
傷病名	別紙のとおり	療養期間	生年月日	年 月 日生	
発病・負傷年月日	別紙のとおり		年 月 日から 年 月 日まで 【入院・入院外】 件 日間		
診療・薬剤の支給または手当を受けた病院・診療所・調剤薬局・その他の者の名称及び所在地		名称	別紙のとおり		
		所在地	別紙のとおり		
診療又は調剤に従事した医師、歯科医師または薬剤師の氏名		別紙のとおり			
療養の支給の理由	発病の原因	別紙のとおり	療養に要した費用		
	傷病の経過	別紙のとおり			
	療養の内容	別紙のとおり			
上記のとおり申請します。 延岡市長様		年 月 日			
世帯主		住所	延岡市		
		氏名	_____		
		電話	_____		
届出人		<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 受診者（下記記入） <input type="checkbox"/> その他（下記記入）			
		住所	_____		
		氏名	_____ 続柄 _____		
		電話	_____		

	件数	日数	決定点数	費用額	支給決定金額
	件	日	点	円	円
入院					
入院外					

支給決定金額振込口座

金融機関名	銀行 農協 金庫	支店名	支店出張所
預金種	普通 当座 その他		
口座番号	<input type="checkbox"/> 座名義人（カタカナ）		

備考欄	被保険者台帳	第三者	担当者
		有・無	
届出人確認 <input type="checkbox"/> マイナンバー <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他			