

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 | | 生年月日 | 年 月 日生 | |
| 発病・負傷年月日 | 別紙のとおり | 療養期間 | | 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。 年 月 日 延岡市長様 | | | | | |
| 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"/> マイッパ - <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他 | | | |