

# 国民健康保険 療養費 支給申請書

令和 年 月 日

(あて先) 羽咋市長

(世帯主) 住所 羽咋市

個人番号

氏名

(電話 - - )

次のとおり、療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

被保険者証の記号番号	-			資格種別	1. 一般	2. 退職者本人	3. 退職被扶養者
療養を受けた被保険者氏名							
個人番号		生年月日	年 月 日	世帯主との続柄			
療養期間	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間						
療養種別	1. 診療費 (入院・外来)      2. 補装具      3. その他 ( )						
診療、薬剤の支給又は手当を受けた保険医療機関等の名称及び所在地							
診療又は調剤に従事した医師又は薬剤師の氏名							
第三者行為(交通事故等)によるものですか	1. いいえ      2. はい						
療養の給付を受けることができなかった理由	1. 緊急のため被保険者証を持参できなかったため			傷病名			
	2. 業者に装具の作成を依頼したため			傷病の原因			
	3. 他保険資格喪失後の受診			発病又は負傷の年月日	年 月 日		
	4. その他 ( )			傷病の経過			
療養に要した費用の額	円			療養の内容			
振込先(世帯主の口座)	銀行 金庫 農協			本店 支店	口座種別	1. 普通 2. 当座	
金融機関コード	口座番号		フリガナ				
			口座名義				

(添付書類) 診療費 診療報酬明細書 及び 領収書  
 補装具 主治医の診断書 及び 製作所の領収書

審査決定点数	点
療養費用額	円
給付割合	7割・8割・9割
支給決定額	円