

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	
療養を受けた被保険者氏名				2. 退職者本人 3. 退職被扶養者	
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