

国民健康保険療養費支給申請書

玄海町長 様

下記のとおり申請します。

年 月 日

申請者 住 所 玄海町大字
 (世帯主) 氏 名 印
 電話番号

被保険者証の記号番号	療養を受けた被保険者氏名	世帯主との続柄	個人番号
振 込 先	金融機関名	銀行 農協 漁連 信金	本店 支店 支所 出張所
	預金種別	1.普通 2.当座 9.その他	口座番号
	フリガナ		
	口座名義人		

傷 病 名		療養期間 (入外区分)	年 月 日から 年 月 日まで 日間 (入院・外来)
発病・負傷年月日	年 月 日		
診療・薬剤の支給または手当を受けた病院・診療所・薬局その他の者の名称および所在地	名 称		
	所 在 地		
	医師・薬剤師等の氏名		
療養の給付を受けることができなかった理由			
傷病が第三者行為(交通事故等)によるものか		有 ・ 無	
療養内容 および 添付書類 (該当に○印)	一般診療(診療報酬明細書・領収書)		
	治療用装具(医師の証明書・領収書・装着証明書・請求書・見積書)		
	はり・きゅう・あんま・マッサージ(医師の施術同意書・領収書)		
	生血・移送(医師の指示理由書・領収書)		
	海外療養費(領収書、診療明細書の原本及び翻訳したもの・行程表・パスポートの写し)		
	上記に掲げるもののほか、療養内容を証明する書類		

本人確認()	①個人番号カード ②免許証 ③住基情報 ④委任状 ⑤被保険者証等の2点での確認 ⑥その他()
番号確認()	①個人番号カード ②通知カード ③個人番号記載の住民票等 ④職員による記載

※保険者支給額計算欄

療養に要した費用 (A)	負担割合 (B)	審査認定額 (C)	一部負担金控除額 (D)	支給決定額 (C-D)
			(A×B)	