

# 国民健康保険療養費支給申請書

|              |    |  |  |  |  |  |   |     |       |     |  |
|--------------|----|--|--|--|--|--|---|-----|-------|-----|--|
| 申請者<br>(世帯主) | 住所 |  |  |  |  |  |   |     |       |     |  |
|              | 氏名 |  |  |  |  |  | 印 | 連絡先 | 自宅・携帯 | ( ) |  |
| 申請者の個人番号     |    |  |  |  |  |  |   |     |       |     |  |

|  |      |                                 |   |                                      |       |                                  |            |                                    |         |  |                                  |  |
|--|------|---------------------------------|---|--------------------------------------|-------|----------------------------------|------------|------------------------------------|---------|--|----------------------------------|--|
| 被保険者証の記号・番号                            |      | 天 草                             |   |                                      |       |                                  | 入院外来の別     |                                    | 入院 ・ 外来 |  |                                  |  |
| 療養を受けた<br>被 保 険 者                      | 氏 名  |                                 |   |                                      |       |                                  | 生年<br>月 日  |                                    |         |  |                                  |  |
|  | 個人番号 |                                 |   |                                      |       |                                  |            | 生                                  |         |  |                                  |  |
| 診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院・診療所・薬局その他の者の名称及び所在地 |      | 名 称                             |   |                                      |       |                                  |            |                                    |         |  |                                  |  |
|  |      | 所在地                             |   |                                      |       |                                  |            |                                    |         |  |                                  |  |
| 診療、調剤又は手当に従事した医師、歯科医師、薬剤師その他の者の名称      |      |                                 |   |                                      |       |                                  |            |                                    |         |  |                                  |  |
| 療養費の支給申請をした理由                          |      | <input type="checkbox"/> 補装具の製作 |   | <input type="checkbox"/> 被保険者証を忘れて受診 |       | <input type="checkbox"/> 移送に係る費用 |            | <input type="checkbox"/> 資格者証による受診 |         |  | <input type="checkbox"/> その他 ( ) |  |
| 傷病名及びその原因                              |      |                                 |   |                                      |       |                                  |            |                                    |         |  |                                  |  |
| 発病・負傷の年月日                              |      | 年 月 日                           |   |                                      | 第三者行為 |                                  | 該当・非該当     |                                    |         |  |                                  |  |
| 療養の内容                                  |      |                                 |   |                                      |       |                                  | 療養の経過      |                                    |         |  |                                  |  |
| 療養の期間                                  |      | 自                               | 年 | 月                                    | 日     | 日間                               | 療養に要した費用の額 |                                    | 円       |  |                                  |  |
|  |      | 至                               | 年 | 月                                    | 日     |                                  |            |                                    |         |  |                                  |  |

上記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。

年 月 日

天草市長 様

|        |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 【支払方法】 | 1. 口座 | <input type="checkbox"/> 公金受取口座への振込みを希望します。(利用する場合は口座情報の記入不要)<br><input type="checkbox"/> 下記口座への振込みを希望します。 ※通帳コピーを添付の場合は記載不要<br><input type="checkbox"/> 以前申請した口座(療養費または高額療養費)への振込みを希望します。 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        | 2. 窓口 | 短期証、資格者証世帯は窓口給付となります。  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                                   |       |       |      |    |    |  |       |  |    |   |  |  |
|-----------------------------------|-------|-------|------|----|----|--|-------|--|----|---|--|--|
| 振<br>込<br>先                       | フリガナ  |       |      |    |    |  |       |  |    |   |  |  |
|                                   | 口座名義人 |       |      |    |    |  |       |  |    |   |  |  |
|                                   | 金融機関  | 銀行コード |      |    |    |  | 支店コード |  |    |   |  |  |
|                                   |       |       |      | 銀行 | 信金 |  |       |  | 支店 |   |  |  |
|                                   |       | 信組    | 農協   |    |    |  |       |  |    |   |  |  |
| 口座種別                              |       | 普通・当座 | 口座番号 |    |    |  |       |  |    |   |  |  |
| (世帯主と預金名義人が違う場合は、この欄に署名捺印してください。) |       |       |      |    |    |  |       |  |    |   |  |  |
| 上記名義人口座への振り込みを了承します。              |       |       |      |    |    |  |       |  |    |   |  |  |
| 世帯主氏名                             |       |       |      |    |    |  |       |  |    | 印 |  |  |

|             |     |    |    |                             |     |     |       |      |         |  |  |
|-------------|-----|----|----|-----------------------------|-----|-----|-------|------|---------|--|--|
| 処<br>理<br>欄 | 受付  |    | 種類 | 療養費                         | 補装具 | 移送費 | 海外療養  | 特別療養 | その他 ( ) |  |  |
|             | 費用額 |    |    | 一部負担額                       |     |     | 支給決定額 |      |         |  |  |
|             |     |    |    |                             |     |     |       |      |         |  |  |
|             | 一般  | 退本 | 退扶 | 一般・前期・前8・前9・現I・現II・現III・未就学 |     | 担当者 |       |      |         |  |  |