

国民健康保険療養費支給申請書

年 月 日

大町町長 様

【世帯主】

記号番号：大
 氏 名： _____ ⑩
 住 所： 杵島郡大町町大字・福母
 個人番号： _____
 電話番号： _____

下記のとおり、療養に要した費用を申請します。

療養を受けた被保険者氏名	個人番号	生年月日	続柄	性別
		昭・平 年 月 日		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
金融機関名 銀行・農協 金庫・信用組合	店名 本店・支店 支所・出張所	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	
口座番号		口座名義人（カナ）		
療 養 を 受 け た 内 容 （領収書、証明書等を添付してください。）				
保険医療機関等の名称・所在・医師名 別紙のとおり		療養の内容 別紙のとおり		
傷病原因 <input type="checkbox"/> 一般疾病 <input type="checkbox"/> 第三者行為	傷病名 別紙のとおり			
診療年月 年 月 診療	<input type="checkbox"/> 入 院 <input type="checkbox"/> 入院外	療養に要した費用 円		
療養の給付を受けることができなかった理由				
<input type="checkbox"/> 保険医療機関等でない 受診理由.....		<input type="checkbox"/> 保険証を受け取る前であった 資格取得日 年 月 日 届出年月日 年 月 日 交付年月日 年 月 日		
<input type="checkbox"/> 下記理由により保険証不所持 <input type="checkbox"/> 旅行中 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 装具・輸血 <input type="checkbox"/> 海外渡航中の療養 <input type="checkbox"/> 高齢受給者（負担区分 一部負担金）		

委任状
 私は、 _____ を代理人として、国民健康保険療養費の受領等に関する権限を委任します。
 世帯主名 _____ ⑩

【保険者記入欄】

決定点数	総費用額	一部負担金	支給額
点	円	円	円
摘要欄	（一部負担割合） <input type="checkbox"/> 一般3割 <input type="checkbox"/> 退職3割 <input type="checkbox"/> 高齢受給者【 <input type="checkbox"/> 3割（上位所得者） <input type="checkbox"/> 2割（S19.4.2以降生まれ） <input type="checkbox"/> 1割】 <input type="checkbox"/> 未就学児2割		