国民健康保険　療養費支給申請書

☐ 一般	☐ 退職

被保険者証記号番号	杵　江　ー	
世帯主	氏名	
	個人番号	
被保険者	氏名	
	個人番号	
	生年月日	昭和・平成　年　月　日
発病負傷年月日	平成　年　月　日	
発病負傷原因	第三者行為（交通事故等による被害）　☐ 該当　・　☐ 非該当	
療養期間	平成　年　月　日 ～ 平成　年　月　日（　日間）	
診療年月・入外区分	平成　年　月	入院　・　外来
療養・調剤の支給又は手当を受けた病院・診療所・薬局等の名称、所在地、従事した医師等の氏名	別紙のとおり	
療養の給付を受けることができなかった理由		
療養費種別	☐ 一般診療　☐ 治療用装具　☐ 海外療養　☐ 移送費 ☐ その他（　）	
療養に要した費用	円	

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療養費の支給を申請します。

平成　　年　　月　　日

江北町長　山　田　恭　輔　様

住　　所

申　請　者　　㊞　　世帯主との続柄（　　）

電話番号　　－　　－

なお、療養費の受領については、下記の名義人に委任します。

金融機関名	支店名	預金種目	☐座番号	☐座名義人（フリガナ）
		普通 当座 貯蓄 その他		

審査欄

療養実費	円
同上の審査決定額	円
一部負担金控除額	円
療養費支給額	円
資格区分	☐ 就学前（2割） ☐ 就学後～70歳未満（3割） ☐ 70歳以上（1割・2割・3割）
支給決定日	
支給日	

確認事項

国保加入日	S・H　年　月　日
本人確認	☐個人番号カード　☐運転免許証 ☐複数の公的証書（顔写真なし）等 ☐氏名等の住基との照合 ☐（　）
個人番号確認	☐個人番号カード　☐住民票（写し） ☐通知カード　☐住基システム
納付状況	☐ 現年・過年度分の滞納なし ☐ 現年度分未納なし・過年度分納中
第三者行為	☐該当　☐非該当

※70歳以上の「1割負担」は、生年月日がS19.4.1以前の者

※療養費支給額の円未満の端数は切り捨てる