

国民健康保険 療養費支給申請書

		<input type="checkbox"/> 一般	<input type="checkbox"/> 退職										
被保険者証記号番号		杵 江 一											
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 令和	年 月 日										
発病負傷年月日		年 月 日											
発病負傷原因		第三者行為（交通事故等による被害） <input type="checkbox"/> 該当 ・ <input type="checkbox"/> 非該当											
療養期間		年 月 日 ~ 年 月 日（日間）											
診療年月・入外区分		年 月	入院 ・ 外来										
<small>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</small>		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		<input type="checkbox"/> 一般診療 <input type="checkbox"/> 治療用装具 <input type="checkbox"/> 海外療養 <input type="checkbox"/> 移送費 <input type="checkbox"/> その他（ ）											
療養に要した費用		円											
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>江北町長 様</p> <p style="text-align: right;">住所 _____</p> <p style="text-align: right;">申請者 _____ (印) 世帯主との続柄 ()</p> <p style="text-align: right;">電話番号 _____ - _____</p> <p>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。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">金融機関名</th> <th style="width: 25%;">支店名</th> <th style="width: 10%;">預金種目</th> <th style="width: 20%;">口座番号</th> <th style="width: 20%;">口座名義人（フリガナ）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>普通 当座 貯蓄 その他</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				金融機関名	支店名	預金種目	口座番号	口座名義人（フリガナ）			普通 当座 貯蓄 その他		
金融機関名	支店名	預金種目	口座番号	口座名義人（フリガナ）									
		普通 当座 貯蓄 その他											

審査欄	療養実費	円	確認事項	国保加入日	昭・平・令 年 月 日		
	同上の審査決定額	円		本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 複数の公的証書（顔写真なし）等 <input type="checkbox"/> 氏名等の住基との照合 <input type="checkbox"/> ()		
	一部負担金控除額	円			個人番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 住民票（写し） <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住基システム	
	療養費支給額	円		納付状況		<input type="checkbox"/> 現年・過年度分の滞納なし <input type="checkbox"/> 現年度分未納なし・過年度分納中	
	資格区分	<input type="checkbox"/> 就学前（2割） <input type="checkbox"/> 就学後～70歳未満（3割） <input type="checkbox"/> 70歳以上（1割・2割・3割）			第三者行為	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	
	支給決定日			※70歳以上の「1割負担」は、生年月日がS19.4.1以前の者			
	支給日			※療養費支給額の円未満の端数は切り捨てる			