

国民健康保険療養費支給申請書

年 月 日

向日市長 宛

申請者(世帯主)住所 _____

氏名 _____
 個人番号 _____
 (電話 — —)

次のとおり国民健康保険療養費を申請します。

被保険者証	記号		番号			
療養を受けた被保険者名	氏名			生年月日	年 月 日	
	個人番号					
	資格種別	一般		未就学児	公費	無
		退職	家族	前期高年齢	7割	①老人 ②障害者 ③母子 ④子育て
本人			8割			
		9割				
療養期間	年 月 日から		年 月 日まで		日間	
療養に要した費用	円					
病院・診療所・薬局等の名称所在地	名称					
	所在地					
診療又は調剤に従事した医師、歯科医師又は調剤師の氏名						
療養の給付等を受けることができなかった理由	1 緊急により被保険者証を提示できなかったため 2 治療用装具を作製したため 3 その他 ()		傷病名			
			傷病の原因	①一般疾病 ②労災関係 ③第三者行為(交通事故等)		
			発病又は負傷の日	年 月 日		
			傷病の経過			
療養の内容			1. 医院入院・入院外・歯科・調剤 2. 柔道整復 3. 鍼灸 4. あんま・マッサージ 5. 治療用装具 6. その他 ()			
支払い方法等 1 窓口払 2 口座振込 3 委任払	受取金融機関の名称(世帯主名義の口座)			口座種別	普通 当座 その他	
	口座番号	口座名義				
		口座番号				
※世帯主以外の方の口座に振込みをされる場合 本申請に基づく療養費の受領に関する権限を代理人に委任します。 年 月 日 世帯主 氏名 _____ 代理人 住所 _____ 氏名 _____						

受付者	
-----	--