

国民健康保険療養費支給申請書

令和〇年 〇月 〇日

向日市長 宛

申請者(世帯主)住所 向日市寺戸町小佃5番地の1

氏名 向日 次郎

個人番号 0000-0000-0000

(電話 075— 931— 1111)

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 <u>向001</u>	番号 <u>2345</u>			
療養を受けた被保険者名	氏名	<u>〇〇 〇〇</u>	生年月日	<u>〇年〇月〇日</u>	
	個人番号	<u>0000-0000-0000</u>			
	資格種別	一般	未就学児	公費 無	
		退職	家族	前期高齢	①老人 ②障害者 ③母子 ④子育て
本人					
採寸された日を記入してください		7割			
		8割			
		9割			
療養期間	<u>〇年 〇月 〇日</u> から <u>年 月 日</u> まで 日間				
療養に要した費用	<u>〇〇,〇〇〇</u> 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られなかった理由	1 緊急により被保険者証を提示できなかったため	傷病名			
	② 治療用装具を作製したため	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)		
	3 その他 ()	発病又は負傷の日	年 月 日		
		傷病の経過			
		療養の内容	1. 病院入院・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	受取金融機関の名称(世帯主名義の口座)			普通 当座 その他	
1 窓口払	<u>〇〇銀行</u>	<u>〇〇支店</u>	口座種別		
② 口座振込					
3 委任払	口座番号	口座名義	<u>ムコウ ジロウ</u>		
		口座番号	<u>1234567</u>		
※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