

## 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 太郎個人番号 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>向日 花子</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	前期高齡	①老人 ②障害者 ③母子 ④子育て
本人			7割		
		8割			
		9割			
療養期間	<u>〇年 〇月 〇日から 〇年 〇月 〇日まで 〇日間</u>				
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	<u>〇〇病院</u>			
	所在地	<u>〇〇市〇〇〇</u>			
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 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) <u>〇〇銀行</u> <u>〇〇支店</u>			口座種別	<u>普通</u> 当座 その他
	口座番号	口座名義	<u>ムコウ ハナコ</u>		
	口座番号	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。 令和〇年 〇月 〇日 世帯主 氏名 <u>向日 太郎</u> 代理人 住所 <u>向日市寺戸町小佃5番地の1</u> 氏名 <u>向日 花子</u>					

受付者