

申請書番号 _____

国民健康保険療養費支給申請書

年 月 日

(宛先) 向日市長

申請者(世帯主)住所 _____

氏名 _____

個人番号 _____

(電話番号 _____)

次のとおり国民健康保険療養費を申請します。

被保険者記号番号													
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 齢	7割				①老人 ②障害者 ③母子 ④子育て	
			8割										
			9割										
		本人											
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3者行為(交通事故等)					
						発病又は負傷の 年 月 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		口座名義							
※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	
-----	--