

申請書番号 _____

国民健康保険療養費支給申請書

令和〇年 〇月 〇日

(宛先) 向日市長

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

(電話番号 075- 931- 1111)

次のとおり国民健康保険療養費を申請します。

被保険者記号番号	向〇〇〇- 〇〇〇〇												
療 養 を 受 け た 被 保 険 者 名	氏名	向日 花子					生年月日	〇年 〇月 〇日					
	個人番号	0000-0000-0000											
	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			
			本人										
				9割									
療 養 期 間	〇年 〇月 〇日から 〇年 〇月 〇日まで 〇日間												
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	〇〇病院											
	所 在 地	〇〇市〇〇〇											
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) 〇〇銀行 〇〇支店		
口座番号	口座名義	ムコウ ハナコ											
口座番号		1 2 3 4 5 6 7											
※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 向日 太郎 代理人 住所 向日市寺戸町小佃5番地の1 氏名 向日 花子													

受付者