

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 次郎

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			8割					
採寸された日を記入してください					9割						
療養期間	〇年 〇月 〇日から 年 月 日まで 日間										
療養に要した費用	〇〇,〇〇〇円										
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					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					
	3 その他 ()					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					口座種別	普通 当座 その他				
	口座番号	口座名義	ムコウ ジロウ								
	口座番号	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。 年 月 日 世帯主 氏名 _____ 代理人 住所 _____ 氏名 _____											

受付者