

健康福祉課決裁欄				
課長	課長補佐	班長	課員	担当者

窓口担当課	健康福祉課	
本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	受付者
	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 在留カード	
	<input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 障害者手帳	
	<input type="checkbox"/> 保険証 (健康・介護)	
	<input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他	

## 国民健康保険 療養費 支給申請書

(あて先) 南 部 町 長

下記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類 (診断書、領収書(写)) を添えて申請します。  
平成 年 月 日

申 (世帯主)	氏名	Ⓜ	個人番号		
	住所	〒			
電話番号 - -					
窓 口 に 来 ら れ た 方	世帯主以外の方が窓口に来られた場合に記入				
	氏名	Ⓜ	続柄	(世帯主の)	
住所 〒					
電話番号 - -					
療 養 費 を 受 け た 被 保 険 者	被保険者証 記号・番号	南 .	資格区分	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退職本人 <input type="checkbox"/> 退職被扶養	
	氏名		生年月日	昭・平 年 月 日	
	個人番号		世帯主との 続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> (世帯主の)	
	傷病名	診断書のとおり	入・外区分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	
	発病・負傷の年月日	診断書のとおり	療養に要した費用 (領収証の金額)	円	
	療養期間 (日数)	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 日間			
	診療 (薬剤) を受けた医療機関の名称、所在地、医師の氏名	所在地	診断書のとおり		
		名称	診断書のとおり	医師の氏名	診断書のとおり
	医療給付 (現物給付) を受けることができなかった理由	1. 治療用装具購入のため 2. 緊急のため被保険者証を持参しなかったため 3. 他保険資格喪失後の受診があったため 4. その他 ( )			第三者行為の有無
					有 ・ 無
振 込 先	金融機関名	銀行・信用組合・信用金庫・農協			
		本店・支店・出張所			
	<input type="checkbox"/> 座区分	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	フリガナ		
	<input type="checkbox"/> 座番号		口座名義人		

※世帯主以外の口座に振込依頼をする方は次に記入してください。

委 任 欄	上記により支給される療養費の受領を次の者に委任します。			
	受任者 (口座名義人)	住所		
		氏名	続柄	世帯主の
		連絡先 (電話番号)	-	-
				委任者 (世帯主)  Ⓜ

年齢区分	<input type="checkbox"/> 65歳未満	<input type="checkbox"/> 65~69歳	<input type="checkbox"/> 70歳以上 ( <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割 )	<input type="checkbox"/> 未就学児
費用額	円	自己負担	円	支給額
				円