

別記様式第5号（第12条関係）

国民健康保険療養費支給申請書

年 月 日

関市長 様

申請者 住所 関市
 (世帯主) 氏名 _____
 個人番号 _____
 (電話番号 _____)

次のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。

被保険者記号・番号		個人番号	
療養を受けた被保険者氏名		生年月日 年 月 日	世帯主との続柄
振込先	銀行・信用金庫 農協・信用組合	本店・出張所 支店	預金 種目 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
口座番号	(フリガナ) 口座名義人		
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。			
療 養 を 受 け た 内 容			
保険医療機関等の名称・所在・医師名		療養の内容	
傷病原因 <input type="checkbox"/> 一般疾病 <input type="checkbox"/> 第三者行為	傷病名	傷病の経過	
発病(負傷)日 年 月 日	療養期間 年 月 日～年 月 日	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外	療養に要した費用 円
療養の給付をうけることができなかった理由			
<input type="checkbox"/> 保険医療機関等でない 受診理由.....		<input type="checkbox"/> 保険証を受け取る前であった 資格取得日 年 月 日 届出年月日 年 月 日 交付年月日 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 次の理由により保険証不所持 <input type="checkbox"/> 旅行中 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 装具・輸血 <input type="checkbox"/> 海外渡航中の療養 <input type="checkbox"/> 高齢受給者(負担区分 一部負担金)	

決 定 点 数	公 費	費 用 額	給付割合	薬剤負担控除額	支 払 額	照 合
点	円	円	割	円	円	

受 付 者	受 付 印
滞 納	
有 ・ 無	