

国民健康保険 療養費 支給申請書

この申請書は、コルセットなどの治療用装具を購入したときや保険証を持たずに医療機関を受診するなど、医療費をいったん全額自己負担した場合に、自己負担分を除いた金額を支給する申請手続きに使用します。

<療養を受けた方> (国民健康保険の被保険者)

フリガナ		生年月日	
氏名		個人番号	
続柄	世帯主から見て 本人・妻・子・他 ()	被保険者番号	—

<受けた療養の内容>

療養を受けた期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間
傷病名		療養に要した費用 円
第三者行為の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
診療を受けた病院・診療所・薬局等の名称・所在地	(名称)	(所在地)
発症又は負傷年月日	年 月 日	
療養の給付を受けることができなかった理由		

<申請者> (国民健康保険の世帯主)

見附市長 様 上記のとおり申請します。	(申請日)	年 月 日
フリガナ	個人番号	
氏名	電話番号	
住所	(建物名等)	

<受取方法> ※原則として世帯主の口座を指定してください (通帳のコピーをご持参ください)

口座名義人	カナ
郵便局の通帳に振込	通帳の記号 1 0 — 1
銀行口座に振込	通帳の番号
銀行・信金・労金 信組・農協・漁協	本店支店 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座

<委任状>

私は _____ を代理人として上記に関する受領を委任します。
(世帯主との関係)

世帯主名 _____ (※)
(※) 自署でない場合は、押印してください。

見附市使用欄

本人確認	提出方法	受付	入力	確認	課長	課長補佐	係長	係員
①番・免・パ・手帳 他 ()	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 員 () <input type="checkbox"/> 同住 ()				決裁			
②証・年金・児童・パス・社員・学生 他 ()	代理権確認手段 保険証・委任状 他 ()	資格	取得	年月日		支給種別	<input type="checkbox"/> 診療費 <input type="checkbox"/> 補装具 () <input type="checkbox"/> その他 ()	
③ヒア	<input type="checkbox"/> 郵送	資格	喪失	年月日	療養に要した費用	円		
備考					一部負担金	円		
					支給金額	円		

