

国民健康保険 療 養 費 支給申請書
特 別 療 養 費

被 保 険 者 記 号・番 号	88888-01	区 分	<input checked="" type="checkbox"/> 一 般 <input type="checkbox"/> 高 齢 受 給 者	退 職 者	<input type="checkbox"/> 本 人 <input type="checkbox"/> 被 扶 養 者
療 養 を 受 け た 被 保 険 者 氏 名	羽 島 太 郎	個 人 番 号	8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8		
療 養 に 要 し た 費 用	円	支 払 済 額	円		
傷 病 名		発 病 負 傷 年 月 日	年 月 日		
療 養 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで	<input type="checkbox"/> 入 院 <input type="checkbox"/> 外 来	日 間		
傷 病 の 経 過		療 養 の 内 容			
診 療 等 を 受 け た 病 院 等 の 所 在 地 及 び 名 称		診 療 に 従 事 し た 医 師 等 の 氏 名			
療 養 の 給 付 等 を 受 け る こ と が で き な か っ た 理 由	<input type="checkbox"/> 保 険 医 療 機 関 で な い 医 療 機 関 で 受 診 理 由 <input type="checkbox"/> 被 保 険 者 証 ・ 高 齢 受 給 者 証 等 を 所 持 し な か っ た 理 由 <input type="checkbox"/> 旅 行 <input type="checkbox"/> 紛 失 <input type="checkbox"/> そ の 他		<input type="checkbox"/> 被 保 険 者 証 未 交 付 期 間 資 格 取 得 年 月 日 年 月 日 届 出 年 月 日 年 月 日 交 付 年 月 日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 装 具 ・ 輸 血 <input type="checkbox"/> 看 護 ・ 移 送 <input type="checkbox"/> そ の 他		
第 三 者 行 為 (交 通 事 故 等) に よ る 傷 病			あ り ・ な し		
振 込 先	金 融 機 関 名 称	羽 島 銀 行 ・ 金 庫 ・ 農 協 ・ そ の 他 ()	羽 島 本 店 ・ 支 店 ・ 出 張 所 ・ そ の 他 ()		
	預 金 別	普 通 ・ 当 座	口 座 番 号	1	1 1 1 1 1 1 1
	口 座 名 義	カ タ カ ナ 漢 字	ハ シ マ タ ロ ウ 羽 島 太 郎		
国民健康保険法施行規則第27条第1項及び第27条の5第1項の規定により上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 (あて先) 羽 島 市 長 世 帯 主 住 所 羽 島 市 竹 鼻 町 55 番 地 氏 名 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 個 人 番 号 羽 島 太 郎 電 話 (0 5 8) 3 9 2 - 1 1 1 1					

備 考	決 定 点 数	公 費	費 用 額	給 付 割 合	支 払 額
		円	円	割	円

※太枠内は記入しないでください。

委任状	私は、_____を代理人と定め、 上記申請に係る療養費等の受領に関することを委任します。 世帯主氏名 _____
-----	--