

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者 記号・番号					
療養を受けた 被保険者氏名			個人番号		
診療等を受けた病院等 の名称及び所在地			診療等に 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"/> 保険医療機関等でない医療機関で受診したため 理由 <input type="checkbox"/> マイナ保険証又は資格確認書を所持しなかったため 理由 <input type="checkbox"/> 旅行 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 装具・輸血 <input type="checkbox"/> 看護・移送 <input type="checkbox"/> その他 ()				
傷病名			発病又は 負傷年月日	年 月 日	
傷病の 原因					
療養期間	年 月 日から		<input type="checkbox"/> 入院	日間	
	年 月 日まで		<input type="checkbox"/> 外来		
傷病の経過			療養の内容		
療養につき算定した 費用の額	円		支払済額	円	
第三者行為(交通事故等)による傷病			あり ・ なし		
受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する(利用する場合は口座情報の記入不要)。 ※ご自身で公金受取口座をマイナポータル上にて登録している方に限ります。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。				
振込先	金融機関 名称	銀行・金庫・農協 ・その他()		本店・支店・出張所 ・その他()	
	預金別	普通・当座	口座番号		
	口座名義	カタカナ	漢字		
国民健康保険法施行規則第27条第1項の規定により上記のとおり申請します。 年 月 日 (あて先) 羽 島 市 長 世帯主 郵便番号 住 所 氏 名 個人番号 電 話 () —					

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の受領に関することを委任します。 世帯主氏名 _____
-----	---