

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者 記号・番号	88888-01				
療養を受けた 被保険者氏名	羽島 太郎	個人番号	888888888888		
診療等を受けた病院等 の名称及び所在地	〇〇病院	診療等に 従事した 医師等の 氏名	〇〇 〇〇		
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 checked="" type="checkbox"/> その他(海外で治療したため)				
傷病名	〇〇〇	発病又は 負傷年月日	令和8年3月1日		
傷病の 原因	〇〇〇				
療養期間	令和8年 3月 1日 から 令和8年 3月 1日 まで	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来	1日間		
傷病の経過	完治	療養の内容	〇〇〇		
療養につき算定した 費用の額	〇〇〇円	支払済額	〇〇〇円		
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 checked="" type="checkbox"/> 振込口座を指定する。				
振込先	金融機関 名称	羽島 <input type="checkbox"/> 銀行・金庫・農協 ・その他()	羽島 <input type="checkbox"/> 本店・支店・出張所 ・その他()		
	預金別	<input type="checkbox"/> 普通・当座	口座番号	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項の規定により上記のとおり申請します。 令和8年 4月 1日 (あて先) 羽島市長 世帯主 郵便番号 501-6292 住所 羽島市竹鼻町55番地 氏名 羽島 太郎 個人番号 888888888888 電話 (058)392-1111					

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 _____
-----	---

