

療 養 費
国民健康保険 支給申請書
特 別 療 養 費

| | | | | | |
|---|--------------------|--|--|-----|---|
| 被保険者証 記号番号 | | 区 分 | <input 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 | | 個人番号 | | | |
| 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"/> 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"/> 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 | 口 座 番 号 | 口 座 名 義 人 | | | |
| 銀行・組合 本店 金庫・農協 出張所 | 普通 当座 | (フリガナ) 氏 名 | | | |
| 上記のとおり申請します。 年 月 日 世帯主 住 所 個人番号 氏 名 (印) (あて先) 羽島市長 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。