様式第7号(第19条関係)

国民健康保険療養費支給申請書

　　年　　　月　　　日

　南丹市長　様

申請者(世帯主)　住　　所　南丹市

　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　(※)本人が直接持参又は郵送をしない場合は、

個人番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　押印してください。

(電話 　　　　　―　　　　　―　　　　　)

　次のとおり国民健康保険療養費を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | |  | | | | | | | | | |
| 療養を受けた被保険者 | | 氏名 |  | | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日 | |
| 個人番号 |  | | | | 世帯主との続柄 | | |  | |
| 療養期間 | | 年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで　　日間 | | | | | | | | | |
| 療養種別 | | 1　外来　　　2　入院　　　3　処方箋　　　4　その他 | | | | | | | | | |
| 病院等に支払った額 | | 円 | | | | | | | | | |
| 病院・診療所・薬局等の名称所在地 | | 名称 |  | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | |
| 療養の給付等を受けることができなかった理由 | | 1　緊急のため資格確認できなかったため  2　業者に装具の作成を依頼したため  3　その他  　(　　　　　　　　　　) | | | | 傷病名 | | |  | | |
| 傷病の原因 | | |  | | |
| 発病又は負傷の年月日 | | | 年　　月　　日 | | |
| 第三者行為の有無 | | □第三者行為(交通事故等)  □第三者行為(交通事故)以外 | | | | 傷病の経過 | | |  | | |
| 療養の内容 | | |  | | |
| 支払方法 | | □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）  □振込口座を指定する  銀行・農協 ・信金　　　　　　　　本店　　口座種別  　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　支店　　（普通・当座）  口座名義（カナ）　　　　　　　　　　　口座番号 | | | | | | | | | |
| ※世帯主以外の方の口座に振込みをされる場合  　本申請に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。  　　年　　 月　 　日  　　　　　　　世帯主　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　㊞    　代理人　氏　　名  　　　　　　　　　　　個人番号  　　　　　　　　　　　住　　所　　南丹市 | | | | | | | | | | | |
| 費用額 | 保険者負担額 | | | 国保優先公費 | 他方優先公費 | | | 一部負担金 | | | 支給額 |
|  |  | | |  |  | | |  | | |  |