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 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |