

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	傷 病 名			
	2 業者に装具の作成を依頼したため	傷 病 の 原 因			
	3 その他 ()	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)	傷 病 の 経 過			
	☐ 第三者行為(交通事故)以外	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 ⑨ 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