

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
個人番号
氏 名

(※)

※本人が直接持参又は郵送をしない場合は、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				
	資格種別	1 一般 2 退職者本人 3 退職被保険者	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				
診療又は調剤に従事した医師、歯科医師又は調剤師の氏名					
療養の給付等を受け ることができなかった理由	1 緊急のため被保険者証を 持参できなかったため		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	<input type="checkbox"/> 第三者行為(交通事故等)		傷 病 の 経 過		
	<input type="checkbox"/> 第三者行為(交通事故)以外		療 養 の 内 容		
支払い方法等	受取金融機関等の名称(世帯主の口座) 銀行・農協 支店 信用金庫 本店			口座種別	1 普通 2 当座
	口座 番号	ふりがな			
		口座名義			
		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 _____ (印) 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