

国民健康保険療養費支給申請書

令和 年 月 日

(宛先) 津島市長

世帯主 住 所

氏 名

個人番号

電 話 () -

次のとおり療養費の支給を申請します。

子	障	母	精	被保険者記号・番号	(枝番)
療養を受けた被保険者		氏名			
		生年月日	昭・平・令 年 月 日	個人番号	
被保険者資格の区分		1 一般 2 退職被保険者 3 退職被保険者の被扶養者 4 前期高齢者			
診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局等		名 称		(入・外) (医・歯・調)	
		所在地			
診療又は調剤に従事した医師、歯科医師又は薬剤師の氏名					
傷 病 名			傷病の経過		
傷病の原因	(不詳)				
発病又は負傷の年月日	年 月 日(不詳)		療養内容		
療養期間	年 月 日から 年 月 日まで				
療養の給付等又は特別療養費を受けることができなかった理由		1 装具制作を業者に依頼により 2 保険証未提示 3 他の保険証で受診 4 その他 ()			
療養につき算定した費用の額					円
支給決定額	7・8・9割		円		
備 考					

振込先 (口座振替希望の場合のみ記入してください。)

口座振替 依頼欄	金融機関名	店舗名	種 目	口座番号
	(フリガナ) 口座名義人	-----		

交通事故等の第三者行為 有 ・ 無

担当者

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。