

国民健康保険療養費支給申請書

平内町長 殿

令和 年 月 日

下記のとおり申請します。

保険証 記号	平内	世帯主 住所 氏名	平内町大字 字
番号			⑩
			個人番号(マイナンバー)

第三者の行為によるものですか？

はい いいえ

※交通事故やけんか等、第三者行為による負傷が原因の場合は届出が必要です。

療養を 受けた 被保険者	氏名	男・ 女	世帯主 との 続柄	
	昭・平・令 年 月 日生			
	個人番号(マイナンバー)		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	

振込先 (世帯主 名義の 口座)	銀行 信金・信組 農協・漁協	本店 支店	口座種別	普通 ・ 当座
	フリガナ			
	口座名義		口座番号	

傷病名	療養に 要した 費用
	円

発症 負傷 年月日	令和 年 月 日	療養 期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間
-----------------	----------	----------	-----------------------------

国保の保険証で受診できなかった理由

診療を受けた病院等	所在地
	名称
	医師名

受領を 委任する 時記入	支給決定額の受領を 住所 _____ 氏名 _____ に委任します。 平内町長 殿 令和 年 月 日 世帯主氏名 _____ ⑩
--------------------	--

備考

保険者計算欄

給付 割合	費用額	費用額の内訳			支給決定額 (①+②)
		①保険者負担額	②指定公費分	③自己負担額	
割	円	円	円	円	円

※太枠内を記入してください。