

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。

※太枠内を記入してください。

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

第三者の行為によるものですか？ <small>※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。</small>	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
--	--

療養を受けた被保険者	氏名 昭・平・令 年 月 日生	男・女	世帯主との続柄	
	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 フリガナ 口座名義	本店支店	口座種別	普通 ・ 当座
			口座番号	

傷病名	療養に要した費用 円
-----	------------

発症傷年月日	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
--------	----------	------	------------	---------------

国保の保険証等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
------------	--

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