

国民健康保険療養費支給申請書兼請求書

令和 年 月 日

黒部市長 様

住 所 黒部市

世帯主氏名

電 話 ー

下記のとおり医療に要した費用に関して別紙証拠書類を添えて申請し、請求します。

なお、支給決定額は下記の口座に振り込んでください。

① 被 保 険 者 記 号 ・ 番 号		枝 番	②資格種別	1.一般 2. 退職者本人 3. 退職被扶養者 「高齢者区分」 2割・3割 「未就学児」
③療養を受けた被 保険者の氏名等	氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日生 令和 世 帯 主 と の 続 柄
④傷 病 名			⑥療 養 期 間	年 月 日から 年 月 日まで 日間
⑤発病・負傷年月日	年 月 日			
⑦発病・負傷の原因	一般疾病 ・ 第三者行為 ・ その他 ()			
⑧傷病の経過	1.入・通院中 2.(装具装用にて)経過観察中 3.完治 4.その他 ()	⑨療養に要した費用	円	
⑩療養内容				
⑪療養の給付を受けることができなかった理由	1. 緊急を要し、被保険者証を持参できなかったため 2. 装具製作所が保険契約していないため 3. その他 ()			
⑫療養を受けた病院、診療所、薬局等の 名称及び所在地及び医師又は薬剤師の氏名				
⑬ 振 込 指 定 口 座 (世 帯 主 口 座)	銀行・農協 信用農協・信用金庫 労働金庫・漁協		支店・出張所	口座 番号
	口 座 名 義 (カ タ カ ナ)		普通・当座	
⑭ (世帯主以外の口座に振込みを希望される場合ご記入ください) 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。 令和 年 月 日 世帯主 氏名 _____ ㊞ 代理人 住所 _____ 氏名 _____ ㊞				
診 療 費 用 額 ※	円	支給決定額 ※	円	
備考				