

国民健康保険療養費支給申請書

年 月 日

(あて先) 岐阜市長

申請者 住所 岐阜市
 (世帯主) 氏名 _____ ⑩
 個人番号 (_____)
 (電話 — _____)

下記療養費を指定口座に振り込まれるよう申請します。

記号番号		宛名番号		
		個人番号		
氏名		生年月日	続柄	
		年 月 日生		
振 込 先	<input type="checkbox"/> 世帯主の公金受取口座を利用します(下記の口座情報は、記入不要です。) <input type="checkbox"/> 下記の口座を指定します。			
	銀行・信用金庫 農協・信用組合	店 出張所	預金 種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
	口座番号	(フリガナ) 口座名義人		
療 養 を 受 け た 内 容 (領収書、証明書等を添付してください。)				
保険医療機関等の名称・所在・医師名			療養の内容	
傷病原因	<input type="checkbox"/> 一般疾病 <input type="checkbox"/> 第三者行為	傷病名	傷病の経過	
発病(負傷)日	療養期間	日間	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外	療養に要した費用 円
年 月 日	年 月 日～年 月 日			
療養の給付を受けることができなかった理由				
<input type="checkbox"/> 保険医療機関等でない 受診理由.....		<input type="checkbox"/> 保険証を受け取る前であった 資格取得日 年 月 日 届出年月日 年 月 日 交付年月日 年 月 日		
<input type="checkbox"/> 下記理由により保険証不所持 <input type="checkbox"/> 旅行中 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 装具・輸血 <input type="checkbox"/> 海外渡航中の療養 <input type="checkbox"/> 高齢受給者(負担区分 一部負担金)		

決 定 点 数	公 費	費 用 額	給付割合	薬剤負担控除額	支 払 額	照 合
点	円	円	割	円	円	

備考 氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。

届出申請期間について
 治療費及び代金を支払った日の
 翌日から2年です。

受付年月日	受付者	受付場所
年 月 日		国西東北南南日柳 部部部部東西光津 保部部部部

(国保 未納確認済)