

国民健康保険療養費支給申請書

令和 〇 年 〇 月 〇 日

(あて先) 岐阜市長

自筆の場合は
押印省略可

申請者 住所 岐阜市 司町40番地1
(世帯主) 氏名 岐阜 太郎 印
個人番号 (〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇)
(電話 265 - 4141)

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 〇〇〇〇〇〇〇〇		宛名番号	
		個人番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	
氏名 岐阜 花子		生年月日 平成 〇年〇〇月〇〇日生	続柄 子
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 checked="" type="checkbox"/> 下記の口座を指定します。		
	〇〇〇	銀行・信用金庫 農協・信用組合	〇〇 店 出張所
	口座番号 〇〇〇〇〇〇〇〇	(フリガナ) ギフ タロウ 口座名義人 岐阜 太郎	預金 種目 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
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 年 月 日	療養期間 日間 年 月 日 ~ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外	療養に要した費用 円
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 に未納確認済)