

國民健康保險療養費支給申請書

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 (○○○○○○○○○○○○○○)
(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 ○○○○○○○○		宛名番号 個人番号 ○○○○○○○○○○○○○○○○	
氏名 岐阜 花子		生年月日 平成 ○年○○月○○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。		
	銀行・信用金庫 ○○○ 農協・信用組合	店 ○○ 出張所	預金種目 普通
口座番号 ○○○○○○○○	(フリガナ) ギフ タロウ	口座名義人 岐阜 太郎	
療養を受けた内容		(領収書、証明書等を添付してください。)	
保険会社 公金受取口座とは、公的な給付金の受け取りのためにマイナンバーを利用してマイナポータル等から国（デジタル庁）に登録した口座のことです。			
傷病原因 <input type="checkbox"/> 一般疾患 <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 年 月 日～年 月 日	日間	<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つた理由			
<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)	

備考 氏名を自署する場合においては、押印を省略することができる。

受付年月日	受付者	受付場所
年 月 日		国西東北南部 保部部東西光津

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。

(国保)

に未納確認済)