

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	区分 <input type="checkbox"/> 一般被保険者 <input type="checkbox"/> 退職被保険者 <input type="checkbox"/> 退職被扶養者	宛名番号
		個人番号
氏名	生年月日 年 月 日生	続柄
振込先	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 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。