

国民健康保険療養費支給申請書

年 月 日

三好市長 殿

住 所 三好市
氏 名
世帯主 個人番号
電話番号

療養に要した費用	円	00:国 67:退	1:本入 3:未入 5:家入 7:高入8 9:高入7	2:本外 4:未外 6:家外 8:高外8 0:高外7
診 療 月	年 月	低Ⅰ・低Ⅱ	1:医科 3:歯科 4:調剤	給付割合
診 療 実 日 数	日	3 月 超	疾病	食事
被 保 険 者 氏 名			被 保 険 者 証 号 記 号 番 号	三 好
被 保 険 者 生 年 月 日	年 月 日		保 険 者 名 保 険 者 番 号	三 好 市 3 6 0 5 4 5
療 養 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで		発 病 ・ 負 傷 年 月 日	年 月 日
傷 病 名			傷 病 の 経 過	
診 療 を 受 け た 医 療 機 関 等	名 称 所在地			診 療 等 に 従 事 し た 医 師 等 の 氏 名
療 養 費 の 種 類	1:一般診療 2:補装具 3:柔道整復 4:アンマ・マッサージ 5:はり・きゅう 6:看護 7:移送 8:その他 9:標準負担額差額			
療 養 の 給 付 を 受 け る こ と が 出 来 な か っ た 理 由	1. 補装具は療養費払いによるもの 2. 資格喪失後受診に伴う返納金精算 3. 保険証をもたずに受診をしたため 4. その他 ()			
発 病 ・ 負 傷 の 原 因	第三者行為 (交通事故等) で ある ・ な い			

- 公金受取口座を利用する (世帯主のみ) ※利用する口座情報の記入不要
- 振込口座を指定する

口座振込 依頼欄		銀行 農協 信用金庫		本店 支店(所)
	種目	1 普通預金	2 当座預金	
	口座番号			
口座名義人	(フリガナ)			
債 権 者 登 録	有 (No.) ・ 無			

世帯主以外の口座への振込みを希望しますので、次の者に受領を委任します。

受任者 (口座名義人) 住 所
氏 名 ⑩
委任者 (世帯主) 氏 名 ⑩