

国民健康保険療養費支給申請書

令和 年 月 日

豊浦町長 様

申請者（世帯主）住 所 虻田郡豊浦町字

氏 名 _____ (印)

個人番号 _____

(電話 _____)

次のとおり国民健康保険療養費を申請します。

被 保 険 者 番 号	豊浦 ー					
療 養 を 受 け た 被 保 険 者 名	氏 名			生年月日	昭・平・令 年 月 日	
	個人番号					
	資格種別	1 一般(未就学・前期・70ー・70上位) 2 退職者(本人・被保険者)	世帯主と の続柄			
療 養 期 間	年 月 日から 年 月 日まで 日間					
療 養 種 別	1 外来 2 入院 3 処方箋 4 その他					
第 三 者 行 為 該 当	有 ・ 無					
病院等に支払った額	円					
病院・診療所・薬局等 の 名 称 所 在 地	名 称					
	所在地					
診療又は調剤に従事した医師、歯科医師又は調剤師の氏名 _____						
療養の給付等を受け ることができなかった理由	1 緊急のため被保険者証を持参できなかったため 2 業者に装具の作成を依頼したため 3 その他 (_____)					
	傷 病 名					
支 払 い 方 法 等	受取金融機関等の名称 (世帯主の口座) 銀行・農協 本店 漁協・信用金庫 支店				口座 種別	1 普通 2 当座
	口座 番号	ふりがな				
		口座名義				
	口座番号					
※世帯主又は本人以外の方の口座に振込みをされる場合 本申請に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 令和 年 月 日 世帯主 氏 名 _____ (印) 個人番号 _____ 代理人 住 所 _____ 氏 名 _____ 個人番号 _____						

費 用 額	保 険 者 負 担 額	国 保 優 先 公 費	指 定 公 費	一 部 負 担 金	支 給 額

※全額自己負担したときは、医療機関又は保険薬局より証明を受けた明細書を添付してください。

※他保険で受診したときは、診療報酬明細書（開封厳禁）を添付してください。