

国民健康保険療養費支給申請書

(宛先) 倉吉市長

下記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

年 月 日

申請者(世帯主)住所	倉吉市			
申請者(世帯主)氏名				
被保険者記号・番号	倉吉	電話番号		
療養費を受けた 被保険者	氏名			
	生年月日	年 月 日	個人番号	

発病・負傷年月日	年 月 日	診療・療養 期間	年 月 日から
診療日数	日		年 月 日まで

(装具)種類		第三者行為 (交通事故等) 該当の有無	1 あり	傷病の 経過	1 入院
傷病名			2 なし		2 外来
診療薬剤の支給又は手当を受けた病院・診療所・薬局その他の者の名称及び所在地					
診療調剤又は手当に従事した医師・歯科医師・薬剤師その他の者の氏名					
療養に要した費用額	円	一部負担金	円	支給金額	円
負担割合	<input type="checkbox"/> 未就学2割 <input type="checkbox"/> 一般3割 <input type="checkbox"/> 退職3割 <input type="checkbox"/> 高齢者(1割・2割・3割)				
支給申請をした理由	1 治療用装具 (添付書類: 医師の意見書兼適合証明・領収書) 2 あん摩・マッサージ (添付書類: 内訳のわかる申請書・領収書・医師の意見書) 3 他保険で受診 (添付書類: 旧保険者への返還金領収書・レセプト交付同意書) 4 自費診療(10割) (添付書類: 領収書・レセプト交付同意書) 5 その他 (添付書類:)				

(宛先) 会計管理者 次の口座に振り込んでください。

振 込 先		銀行 信用金庫 協同組合 ()	本店 支店 出張所 ()	
	支店番号		預金種別 普通・当座・貯蓄	
	口座番号			
	(フリガナ)			
	口座名義人	印		

(世帯主と口座名義人が違う場合は、この欄に署名捺印してください。)

上記の国民健康保険療養費について、その受領の権限を上記受取人に委任します。

世帯主住所			
世帯主氏名			印