

国民健康保険療養費支給申請書

|   |                        |                 |       |              |          |  |
|---|------------------------|-----------------|-------|--------------|----------|--|
| 被保険者証<br>記号・番号  | 島6 ー                   |                 | 世帯主氏名 |              |          |  |
| 療養を受けた<br>被保険者の<br>氏名   | 一般<br>高齢一般<br>高齢現役並み所得 |                 | 生年月日  | 世帯主<br>との続柄  |          |  |
|   |                        |                 | 年 月 日 |              |          |  |
| 傷病名<br>(第三者行為<br>の有無)   | ( 第三者行為の有無 有・無 )       |                 | 療養期間  | 年 月 日から      | 年 月 日まで  |  |
| 発病又は負傷<br>年 月 日   | 年 月 日                  | 日               |       |              | 日間       |  |
| 診療、薬剤の支給又は手当を受<br>けた病院、診療所、薬局その他<br>の者の名称及び所在地  |                        |                 |       |              |          |  |
| 診療又は調剤に従事した医師、<br>歯科医師又は薬剤師の氏名  |                        |                 |       |              |          |  |
| 療養の給付を<br>受けることが<br>できなかった<br>理由  | 傷病の原因                  |                 |       |              | 療養に要した費用 |  |
|   | 傷病の経過                  |                 |       |              |          |  |
|   | 療養の内容                  |                 |       |              | 円        |  |
| 医師意見<br>欄   | 傷病名                    |                 |       |              |          |  |
|   | 補装具装<br>用につい<br>ての意見   | 装具を必要と<br>認めた理由 |       |              |          |  |
|   |                        | 装具の<br>採寸・採型日   | 年 月 日 | その日は 入院 ・ 外来 |          |  |
|   | 年 月 日                  | 医師 住所<br>氏名     |       |              |          |  |
| 受領方法  | 1 直接払<br>2 口座振込払       | 口座番号            | ..... | ←右づめで記入      |          |  |
| 金融機関  | 銀行 店                   |                 | 種別    | 1 普通         |          |  |
| .....   | 金庫                     |                 |       | 2 当座         |          |  |
| .....   | 組合 所                   |                 |       | 3 貯蓄         |          |  |
| (カタカナ)  |                        |                 |       |              |          |  |
| 口座名義  |                        |                 |       |              |          |  |
| 上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請いたします。<br>年 月 日<br>世帯主 住所 会津若松市<br>(申請者)<br>氏名<br>個人番号 <input type="text" value="....."/><br>電話番号 ー<br>提出者 <input type="checkbox"/> 世帯主の提出<br>(世帯主と異なる場合)<br>住所<br>氏名 (世帯主との関係 )<br>電話番号 ー<br>会津若松市長 あて |                        |                 |       |              |          |  |

|      |        |       |     |     |     |
|------|--------|-------|-----|-----|-----|
| 総費用額 | 保険者負担額 | 一部負担額 | 負担額 | 支給額 | 受付者 |
|      |        |       |     |     |     |