## 国民健康保険 療養費 支給申請書

この申請書は、国民健康保険の被保険者で、コルセットなどの治療用装具を購入したときや保険証を持たずに医療機関を受診するなど、医療費をいったん全額自己負担した場合に、自己負担分を除いた金額の支給を受ける申請手続きに使用します。

〈療養を受けた方〉(国民健康保険の	り被保険者	.)
-------------------	-------	----

界長と文リたカへ国以	() () () () () () () () () () () () () (							
フリガナ			生年月日					
氏名			個人番号					
続柄 世帯主から見て 本人	・妻・子・他(	)	被保険者記号(	)4 番	号	1 1		
けた療養の内容>								
療養を受けた期間	年 月 日 から	年 月	日まで 日間	1				
第三者行為の有無 □	有  □無		・負傷年月日			年	月	日
傷病名		治療し	に要した費用					円
	行で受けた病院・診療所・	(名称)		(所	在地)			
寒局その他の者の名称及び ロッグ								
□別紙の								
療養の給付を受ける。	ことができなかった理由							
				がわか	らない	場合は記	記載しなく	くても結構
請者>(国民健康保険	の世帯主)							
益田市長 様			(申請日	1)		年	月	В
上記のとおり申請	うします。		(.1.1121	,		•	, ,	
゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚゚			生年月	Ħ		年	———— 月	
署名						ΤĖ		$\top \ddot{\Box}$
氏名			個人番	:号				
			電話番	묵				
				•				
<mark>住所</mark>								
(建物名等)								
(建物名寺)								
を取口座>								
	:指定してください。世帯主以	从の口広への	古絵を発胡する惺。	<i>△1</i> +	即冷	受領の	未仁化か	ぶみ 悪です
N烈C O C 医巾工の口座で	加定して、たらい。 医巾上外		文型で作主する例	110,	11 Xez / .	文限の	女压水	20女 こり
□公金受取□座を利用	する(利用する場合は口座	情報の記入	不要)。					
※ご自身で公金受取	口座をマイナポータル上に	て登録してい	いる方に限ります	0				
□振込口座を指定する。	)							
金融機関名			支店名					
<u> </u>	□普通 □当座		口座番号					
口座名義人(カナ)			口/上田 7					
口座有我八(ハ))								

## 益田市使用欄

	17 (C/13 (M							
	本人確認	提出方法	負担割合		提出方法 負担割合		療養に要した費用額	円
(		□世帯主				保険者負担額	円	
(		<ul><li>□ 員( )</li><li>□ 同住( )</li></ul>	□ 2 割	削 □3割	J	一部負担額(A)	円	
	バス・社員・学生 他( )	代理権確認手段	受付	入力	確認	他法負担額	円	
(	1世( ) 3ビア	保険証・委任状他(				自己負担額(B)	円	
		□郵送				差引支給額(A-B)	円	
	   大況   一般・退	退職本・退職扶				国保番号		
	備考					宛名番号		