

国民健康保険療養費支給申請書

療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。
下記の預金口座名義人に振り込むことを承諾します。

年 月 日

(あて先) 伊賀市長 様

住所 _____									
申請者氏名 (世帯主) _____				個人番号					
電話番号 () _____									
被保険者証 記号番号				世帯主名					
診 療 を 受けた人	(フリガナ) 氏 名					性 別		申請者との 続柄	
	受診者 個人番号			生年月日		年 月 日			
	療養の給付を受けることができなかった理由	☐ 補装具を製作したため ☐ 海外療養費のため ☐ その他() ☐ 保険証不携帯のため ☐ 特別療養費のため							
	診療期間	自 至			受診資格		一般・ (退職被保険者) 本人 ・ 被扶養		
	発病負傷日					診療 日数		日	
	傷病名								
	受診した 医療機関	()				診療科			
	受診状態	入院・外来		受給証		高齢者 3 割・ 高齢者 2 割・ 未就学児			
	費用額	円		うち薬剤 一部負担		円		併用公費又は 福祉の名称	
振込先	金融機関	銀 行 信 用 金 庫 農協・信漁連		(フリガナ) 口座名義人					
		支店							
	口座種別	普通・当座・その他 ()		口座番号					
点 数		総医療費				薬剤一部負担金			
負担率		一部負担額				支給額			
業務上・外、第三者行為の有無 1.業務上 2.第三者行為である 3.その他		資格確認		納付確認		入 力		口座確認	
備考欄								受 付 印	