

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)		⑩ 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	<input type="checkbox"/> 補装具を製作したため	<input type="checkbox"/> 海外療養費のため	<input type="checkbox"/> その他()				
		<input type="checkbox"/> 保険証不携帯のため	<input type="checkbox"/> 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	受 付 印		
備考欄								