

国民健康保険療養費支給申請書

名護市長 殿

被保険者証 記号番号	名 国	令和 年 月 診療分		
療養を受けた 被保険者氏名		個人番号		世帯主から の続柄
第三者行為 の該当	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	療養に要した費用	円	
病院、診療所、薬局その他の者の名称及び所在地、医師、歯科医師又は薬剤師の氏名、傷病名及び発病 又は負傷の年月日、傷病の経過、療養期間並びに療養内容については、別紙添付書類のとおりとする。				
療養の給付を受ける ことができなかった 理由(具体的に) <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 緊急のため <input type="checkbox"/> 保険加入手続きが遅れたため <input type="checkbox"/> 保険証の切替えが遅れたため <input type="checkbox"/> 他保険で受診したため <input type="checkbox"/> 治療用装具装着のため <input type="checkbox"/> その他			

上記のとおり療養(施術)に要した費用の支給に関する証拠書類(領収書)などを添えて申請します。

住所:

令和5年 月 日

申請者
(世帯主)

氏名:

印

連絡先(電話番号):

個人番号:

住所:

代理人
※世帯主以
外の方が届
出する場合

氏名:

(続柄:)

連絡先(電話番号):

振替 依頼 預金 口座	金融 機関名	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 労金 <input type="checkbox"/> 出張所		
	預金種類	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	
	口座名義	<input type="checkbox"/> 通帳やカードの写し		
	フリガナ			

【委任欄】世帯主と預金名義人が異なる場合は、世帯主の署名捺印をしてください。

上記の名義人口座への振込を了承します。

氏名(世帯主):

印

支給・不支給 決定		左記のとおり支給してよろしいでしょうか。					
決定金額 費用額(10割)	円	決 裁	部長	課長	係長	係	決裁日
支給金額 保険者負担額 (割)	円		起案日	年 月 日			
自己負担額 (割)	円		支給日	年 月 日			

《事務処理欄》

本人 確認	1点 <input type="checkbox"/> 運免 <input type="checkbox"/> マ <input type="checkbox"/> 旅 <input type="checkbox"/> 在 <input type="checkbox"/> 障 <input type="checkbox"/> 他()	受付担当者
	2点 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 学生証 <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> 他()	