国民健康保険療養費支給申請書

一金　　円也

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。
預金口座名義人に振り込むことを承認します。
上記金額を支給されるよう申請します。

年　　月　　日

（あて先）名張市長

住所			
申請者氏名（世帯主）	印	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	（ﾌﾘｶﾞﾅ）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 ☐ 保険証不携行のため ☐ 海外療養費のため ☐ 特別療養費のため ☐ その他(　　)				
	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	年　　月　　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	
	第三者行為の有無	有・無				

振込先	金融機関	銀行 信用金庫 農協・信漁連 支店	（ﾌﾘｶﾞﾅ）口座名義人	
	口座種別	普通・当座・その他（　　）	口座番号	

点数		総医療費		指定公費負担分	
負担率		一部負担額		支給額	

備考欄	受付印