

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者 記号・番号						福祉医療区分
						無・子・障・母・精
療養を受けた 被保険者氏名					生年 月日	昭・平・令 年 月 日
個人番号					世帯主と の続柄	
診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療 所、薬局、その他の者の名称及び所在地					入院 外来	
診療又は調剤に従事した医師、歯科医師又は薬剤師 の氏名						
療養の給付を受けることが できなかった理由			1. 業者へ装具作製を依頼したため 2. その他（具体的に）			
傷病名			療養期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	日間
発病、負傷の 年月日	令和 年 月 日		発病、負 傷の原因	第三者行為該当の有無 有・無		
発病、負傷の経過			療養に要 した費用			
療養内容						
円						
上記のとおり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。なお、支給決定額に ついては、次の口座に振り込んでください。 令和 年 月 日 知多市長様 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> 住所 知多市 _____ 世帯主 _____ 氏名 _____ 個人番号 _____ 電話番号 _____ - _____ </div>						
振 込 先	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する者は口座情報の記入不要） ※公金受取口座を登録している世帯主の口座に振り込みます （事前にマイナポータルから登録している方に限る）					
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する (振込先金融機関名) _____ (預金種目) _____ (口座番号) _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> 銀行 信用金庫 農協 信用組合 </div> <div style="text-align: center;"> 本店 支店 </div> <div style="text-align: center;"> 普通 当座 </div> </div>					
	(名義人氏名) フリガナ _____ <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> 注：世帯主もしくは療養を 受けた被保険者の名義 の口座にしてください。 </div>					
処理欄	一部負担金額	円	支給決定額	円		

本人確認欄	
受付者	