

・福祉医療受給者は該当するものに○  
 ・福祉医療受給者以外は「無」に○

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者 記号・番号	1	2	3	4	5	福祉医療区分	
療養を受けた 被保険者氏名	知多 太郎					無	子・障・母・精
個人番号	1234 5678 9123					昭	平・令
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	病院名					〇年 〇月 〇日	世帯主と の続柄
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	医師名					本人	
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） <b>仕事で海外にいた際に受診したため</b> <b>海外旅行中にけがをして受診したため 等</b>						
傷病名	傷病名		療養期間	令和 〇年 〇月 〇日から 令和 年 月 日まで 〇日間			
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				
療養内容	・傷病の原因が第三者によるものである 場合は、他に届出が必要です。					金額	円
上記のとおり療養に要した ついては、次の口座に振り込んでください。 令和 〇年 〇月 〇日 知多市長様							
・マイナポータルから世帯主が 公金受取口座の登録が済んでい て、そこに入金希望する場合 はチェックしてください		住所	知多市 緑町1番地				
		氏名	知多 太郎				
		個人番号	1234 5678 9123				
		電話番号	0562-36-2653				
振 込 先	<input checked="" type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する者は口座 ※公金受取口座を登録している世帯主の口座に限 （事前にマイナポータルから登録している方に限						
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する （振込先金融機関名）						
	銀行		本店		普通		（口座番号）
信用金庫		支店		当		座	
農協							
信用組合							
（名義人氏名）		フリガナ					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。
処理欄	一部負担金額	円	支給決定額	円			

本人確認欄  
受付者