

・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

・「一般」に○

保険者 記号・番号	1	2	3	4	5	区分	福祉医療区分 無・子・障・母・精	退職者医療区分 一般・本人・扶養	
療養を受けた 被保険者氏名	知多 太郎					生年 月日	昭・平・令 ○年 ○月 ○日	世帯主と の続柄 本人	
個人番号	1234 5678 9123								
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	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						医師名			
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						
傷病名	○○症 ○○骨折 等		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	平・令 年 月 日		発病、負 傷の原因	転んだため 等 第三者行為該当の有無 有 ・ 無					
発病、負傷の経過	装具による療養		療養に要 した費用	金額 円					
療養内容	○○装具								
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									
・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、 そこに入金希望の場合はチェッ クしてください。			住所	知多市 緑町1番地					
			世帯主 氏名	知多 太郎					
			個人番号						
			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 (利用する者は口座情報 ※公金受取口座を登録している世帯主の口座に振り込み (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) (預金種別)								
			銀行 信用金庫 農協 信用組合	本店 支店					
(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			

・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。

・世帯主以外の口座  
・公金受取口座以外の口座  
への振込みを希望する場合は  
振込口座を記入