

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者 記号・番号							
療養を受けた 被保険者	氏名				生年月日	年 月 日	
	世帯主との 続柄	個人番号			割合	割	
診療年月		年 月	診療日数	日	入院・外来		
療養期間		年 月 日から			年 月 日まで		
種類							
傷病名							
診療を受けた医療機 関等の所在地							
診療を受けた医療機 関名又は施術師							
支給申請をした理由							
療養に要した費用額		円	交通事故等の 第三者行為		有 ・ 無		
審査認定額		円	食事回数		回		
一部負担金		円	療養に要した費用額		円		
支給金額		円	食事標準負担額		円		

- 公金受取口座を利用する (利用する場合は口座情報の記入不要)
 振込口座を指定する

振込 先	金融 機関名	銀行 金庫 農協 信漁連 ()		支店・本店 ()	預金種別	普通 座 ()
	口座番号	口座名義人 (カタカナ)				

(宛先) 珠洲市長

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

年 月 日

世帯主 住所 _____

氏名 _____

個人番号 _____

電話番号 _____

申請者 住所 _____

(世帯主と申請
者が同一の場
合は記入不要)

氏名 _____

世帯主
との続柄 _____

電話番号 _____

代理権の確認	身元確認(世帯主又は代理人)	番号確認
<input type="checkbox"/> 本人の被保険者証等 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> システム(同一世帯確認) <input type="checkbox"/> その他()	1点 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 職員面識(担当者: () <input type="checkbox"/> その他() No. () 2点 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 預金通帳・キャッシュカード <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> 年金手帳・証書 <input type="checkbox"/> その他() No. ()	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> システム <input type="checkbox"/> その他