

# 国民健康保険療養費支給申請書

- 診療(外来/入院)  
 装具  海外  
 その他( )

新発田市長 様

申請日

年 月 日

[申請者(世帯主)]

住所	新発田市		
氏名	個人番号		
	電話番号	-	-

下記のとおり、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。

療養を受けた被保険者	被保険者証記号・番号	氏名	生年月日	負傷の原因
	新発田		年 月 日	<input type="checkbox"/> 事件・事故 <input type="checkbox"/> 労働災害等 <input type="checkbox"/> その他
療養の給付を受けられなかった理由	<input type="checkbox"/> 保険証を不携帯で受診したため(10割診療) <input type="checkbox"/> 他保険者の保険証を使用したため <input type="checkbox"/> 治療用装具を作成したため <input type="checkbox"/> その他( )		療養に要した費用額	
振込先(どちらかのみ選択)	<input type="checkbox"/> ①公金受取口座を利用する ※公金受取口座を登録している方に限ります。【公金受取口座:マイナンバーカードを利用して登録した口座】			
	口座名義人(カタカナ)	※左詰めで記入してください。性と名の間は一字空けてください。		
	個人番号			
	<input type="checkbox"/> ②振込口座を指定する			
	金融機関名	支店名		
	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 労金 <input type="checkbox"/> 信金	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店(コード ) <input type="checkbox"/> 出張所		
	種別	口座番号	口座名義人(カタカナ)	
	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座			

【委任状】※口座名義人が申請者(世帯主)と別世帯の場合はご記入ください。

委任者氏名(世帯主)	支給金額の受領を右記の者に委任します。	受任者住所
	年 月 日	受任者氏名(口座名義人)

【処理欄】※以下は記入不要です。

療養、薬剤の支給又は手当を受けた病院等の名称・所在地	別紙のとおり	医師、歯科医師、薬剤師等の氏名	別紙のとおり ※装具のみ	傷病名	別紙のとおり
発病年月日	別紙のとおり	療養内容	別紙のとおり	経過	<input type="checkbox"/> 通院・入院中 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 治癒
療養期間	年 月 日から 年 月 日まで ( 日間)	年齢区分(受診日現在)	<input type="checkbox"/> 未就学(0歳～小学校入学前) <input type="checkbox"/> 一般(小学生～64歳) <input type="checkbox"/> 65前(65歳～69歳)		<input type="checkbox"/> 70一般(70歳～74歳・2割) <input type="checkbox"/> 70現役(70歳～74歳・3割)
公費	<input type="checkbox"/> 県障 <input type="checkbox"/> 県親 <input type="checkbox"/> こども <input type="checkbox"/> 妊産婦 <input type="checkbox"/> なし				

費用額	円
支給決定額	円
支給決定日	