

| | | | |
|-----|--------|-------|---------|
| 療養費 | 【移送費】 | 【返納金】 | 【海外療養費】 |
| | 【一般診療】 | 【特別】 | 【その他】 |

国民健康保険 療養費【

】支給申請・請求書

令和 年 月 日

(あて先) 多良木町長 様

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・請求します。

請求額

円

住 所

世帯主 氏 名

印

電話番号

()

個人番号

| | | | | | |
|----------------------|---|---|---|--|------|
| 療養を受けた被保険者氏名 | | | 世帯主との続柄 | 被保険者番号 | 個人番号 |
| 生年月日 | 昭・平・令 年 月 日 | | | | |
| 傷病名 | 別紙「診療報酬明細書」のとおり | | 発病の原因 | <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> 不詳 | |
| 発病負傷年月日 | <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 不詳 | | 傷病の経過 | | |
| 療養期間 | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで (日間) | | 療養の内容 | 別紙「診療報酬明細書」のとおり | |
| 療養を受けた医療機関等の名称及び所在地 | | | 別添「診療報酬明細書」記載の医療機関 | | |
| 療養の給付を受けることができなかつた理由 | | | <input type="checkbox"/> 保険取扱療養機関外のため <input type="checkbox"/> 保険証不携帯 <input type="checkbox"/> | | |
| 被保険者負担率 | <input type="checkbox"/> 3割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 1割 | | 療養に要した費用 ① | | 円 |
| | | | ①×被保険者負担率 ② | | 円 |
| | | | 支給額 (①-②) | | 円 |
| 支払方法 | | <input type="checkbox"/> 口座振込 <input type="checkbox"/> 窓口払い | | | |
| 金融機関名 | 銀行 ・ 信組 ・ 球磨地域農協 | | | 支店(所) | 支店支所 |
| | ゆうちょ銀行 | | - | | |
| 口座番号 | 普通 ・ 当座 | | 口座名義(カタカナ) | | |
| 証拠書類 | <input type="checkbox"/> 診療報酬明細書 <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |
| 委任欄 | ※世帯主と口座名義人が異なる場合に記入してください。 令和 年 月 日 | | | | |
| | 私に支払われます療養費について、下記の者を代理人と定め、受領することを委任します。 (委任される者) | | | | |
| | 住所 _____ | | | | |
| | 氏名 _____ 印 (続柄: _____) | | | | |