

| | | | | | | |
|--------|------|-----|-----|-----|-----|-----|
| 決 裁 | 市 長 | 助 役 | 部 長 | 課 長 | 係 長 | 係 員 |
| | 課長専決 | | | | | |

国民健康保険療養費支給申請書

令和 年 月 日

吉野川市長 殿

吉野川市

住 所

世帯主 氏 名

電話番号

個人番号 ()

| | | | | | | | | | |
|--------------------|---|----------------|-------------------------------|-------------------------------|------|---|---|---|---|
| 療養に要した費用 | 円 | 00:国 67:退 | 1:本入 3:六入 5:家入 7:高入一 9:高入7 | 2:本外 4:六外 6:家外 8:高外一 0:高外7 | | | | | |
| 診療月 | 年 月 | 低Ⅰ・低Ⅱ | 1:医科 3:歯科 4:調剤 | 給付割合 | 割 | | | | |
| 診療実日数 | 日 | 3月超 | 疾 病 | 食 事 | 備 考 | | | | |
| 宛名番号 | | 薬剤一部負担金 | | 一 部 負 担 金 | 割 | | | | |
| 被保険者 | 氏 名 | 男・女 | 世帯主 | 住 所 | 吉野川市 | | | | |
| | 生年月日 | 昭和 平成 令和 | | 年 月 日 | 氏 名 | | | | |
| 個人番号 | | | 保 険 者 名 | 吉 野 川 市 | | | | | |
| | | | 保 険 者 番 号 | | 3 | 6 | 0 | 5 | 1 |
| 療養期間 | 年 月 日から 年 月 日まで | | 被 保 険 者 証 記 号 番 号 | 吉野川 | | | | | |
| 傷病名 | | | | | | | | | |
| 診療を受けた病院などの 名 称 | | | | | | | | | |
| 所 在 地 | | | | | | | | | |
| 医療機関コード | | | | | | | | | |
| 療養費の種類 | 1:一般診療 2:補装具 3:柔道整復 4:アンマ、マッサージ 5:はり、きゅう 6:看護 7:移送 8:その他 9:標準負担額差額 | | | | | | | | |

| 振込金融機関 | 支店名 | 口座番号 | 国保法54の規定による療養費 | |
|-----------------|-----|------|----------------|----------|
| 銀行 | 支店 | | 請 求 金 額 | 円 |
| 信用金庫 | 支所 | | 審 査 決 定 額 | 円 |
| 農協 | | | 支 払 額 | 円 |
| 口座名義人氏名(かかけで記入) | | | 支 払 予 定 日 | 令和 年 月 日 |

来庁者の身元(実存)確認欄

*顔写真ありの公的機関発行の身分証明書(1点でよい)

個人番号カード ・ 住基カード ・ 運転免許証 ・ パスポート ・ 身体障害者手帳 ・ 在留カード

*顔写真なしの公的機関発行の身分証明書(2点以上必要)

健康保険被保険者証 ・ 介護保険証 ・ 各種医療受給者証 ・ 年金手帳 ・ その他()

1:第三者行為(交通事故等) 2:その他(自損事故・疾病等) ※傷病の原因が交通事故等の場合、国民健康保険係までご連絡ください。