

国民健康保険療養費支給申請書

年 月 日

神戸町長 様

申請者 〒 503-23 _____
 (世帯主) 住所 神戸町大字 _____
 氏名 _____ 印 _____
 (電話 _____)

下記療養費を指定口座に振り込まれるよう申請します。

被保険者番号	区分 <input type="checkbox"/> 一般被保険者 <input type="checkbox"/> 退職被保険者 <input type="checkbox"/> 退職被扶養者	整理番号
療養被保険者氏名	生年月日 年 月 日生	続柄 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
振込先 銀行・信用金庫 農協・信用組合	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金
店番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(フリガナ) 口座名義人	
口座番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
(世帯主と口座名義人が違う場合は、この欄に署名捺印してください。) 上記名義人口座への振込を承諾します。 世帯主氏名 _____ 印 _____		
療 養 を 受 け た 内 容 (領収書・証明書等を添付してください。)		
保健医療機関等の名称・所在		療養の内容
診療した医師等の氏名		
傷病原因 <input type="checkbox"/> 一般疾病 <input type="checkbox"/> 第三者行為	傷病名	傷病の経過
発病(負傷)日 年 月 日	療養期間 日間 年 月 日～ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外 療養に要した費用 円
療養の給付を受けることができなかった理由		
<input type="checkbox"/> 保険医療機関等でない 受診理由..... <input type="checkbox"/> 下記理由により保険証不所持 <input type="checkbox"/> 旅行中 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他		
<input type="checkbox"/> 保険証を受け取る前であった 資格取得日 年 月 日 届出年月日 年 月 日 交付年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 装具・輸血 <input type="checkbox"/> 海外渡航中の療養 <input type="checkbox"/> 高齢受給者(負担区分 一部負担金)		

※

福祉医療					
重度	母子	父子	乳幼児	小・中	該当なし

国民健康保険療養費支給申請書

平成〇〇年〇〇月〇〇日

神戸町長 様

申請者 〒 503-23〇〇
 (世帯主) 住所 神戸町大字〇〇〇〇〇番地の〇
 氏名 神戸 太郎 印
 (電話 27-1234)

下記療養費を指定口座に振り込まれるよう申請します。

被保険者番号 〇〇〇〇〇〇〇〇	区分 <input checked="" type="checkbox"/> 一般被保険者 <input type="checkbox"/> 退職被保険者 <input type="checkbox"/> 退職被扶養者	整理番号
療養被保険者氏名 神戸 花子	生年月日 昭和〇〇年 〇月 〇日生	続柄 妻 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
振込先 〇〇 銀行・信用金庫 農協・信用組合	<input type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 〇〇 支店	<input checked="" type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金
店番号 123 口座番号 1234567	(フリガナ) ゴウド ハナコ 口座名義人 神戸 花子	印
(世帯主と口座名義人が違う場合は、この欄に署名捺印してください。) 上記名義人口座への振込を承諾します。 世帯主氏名 神戸 太郎 印		
療養を受けた内容 (領収書・証明書等を添付してください。)		
保健医療機関等の名称・所在	療養の内容	
診療した医師等の氏名		
傷病原因 <input type="checkbox"/> 一般疾病 <input type="checkbox"/> 第三者行為	傷病名	傷病の経過
発病(負傷)日 年 月 日	療養期間 日間 年 月 日 ~ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 入院 療養に要した費用 <input type="checkbox"/> 入院外 円
療養の給付をうけることができなかった理由		
<input type="checkbox"/> 保険医療機関等でない 受診理由..... <input type="checkbox"/> 保険証を受け取る前であった 資格取得日 年 月 日 届出年月日 年 月 日 交付年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 下記理由により保険証不所持 <input type="checkbox"/> 旅行中 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 装具・輸血 <input type="checkbox"/> 海外渡航中の療養 <input type="checkbox"/> 高齢受給者(負担区分 一部負担金)		

※

福祉医療					
重度	母子	父子	乳幼児	小・中	該当なし