

国民健康保険療養費支給申請書兼請求書

被保険者証 記号番号		個人番号																					
療養を受けた 被保険者氏名	区分	一般 退職者本人	資格審査																				
		退職者家族	一般・前期																				
生年月日・年齢	昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)		世帯主 との続柄																				
傷病名	発病又は 負傷年月日		年 月 日																				
療養期間	年 月 日から 年 月 日まで () 日間		療養に 要した費用 円																				
診療、薬剤の支給又は手当を受 けた病院、診療所、薬局等の名 称及び所在地																							
診療又は調剤に従事した医師、 歯科医師又は薬剤師の氏名																							
療養の給付を受けることが できなかった理由																							
発病又は 負傷の理由	1：第三者行為 (交通事故等) 2：その他 (自損事故・疾病等)	負傷の 経過	療養 内容																				
備考																							
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。 令和 年 月 日 住 所 羽咋郡志賀町 申請者 氏 名 _____ 連絡先 _____ (世帯主) 個人番号 <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 150px; height: 20px;"> <tr> <td> </td><td> </td> </tr> </table> 羽咋郡志賀町長 様																							
受取 方法	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する (町内在住の方に限り利用できます。)																						
振込先	銀行 信用金庫 農協 信漁連	本店 支店	種別 □普通 □当座 □その他																				
	口座番号																						
口座名義人 (カタカナ)																							
※申請者 (世帯主) と口座名義人が違う場合は、下記の委任承諾欄に記載して下さい。 この療養費の受領について、上記口座名義人 _____ に委任します。 令和 年 月 日 世帯主氏名 _____ (印)																							

添付書類
 コルセット : 主治医の診断書又は意見書及び製作所の領収書
 輸 血 : 主治医の意見書及び輸血協会の領収書
 一 般 診 療 : 診療報酬明細書及び領収書