

# 国民健康保険 療養費 支給申請書

<input type="checkbox"/> 立替払等		<input type="checkbox"/> 治療用装具		<input type="checkbox"/> 輸血用生血	
被保険者証 記号 番号	いいだ -		療養を受けた 被保険者 氏名	男 女	
傷病名			生年月日	昭・平・令	年 月 日
発病・負傷 (治療開始) 年月日	令和	年	月	日	療養期間 令和 年 月 日 ( 日間)
診療、薬剤の支給又はその手当を受けた 病院、診療所、薬局その他の名称及び所在地					
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	<input type="checkbox"/> 治療用装具等(コルセット等)		発病の 原因 および 経過	療養に 要した 費用	円
	<input type="checkbox"/> その他(具体的に記入)				
備考					
(飯田市長 宛) 上記のとおり、医療等に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。 申請日：令和 年 月 日 〒 - <b>申請者</b> 世帯主住所： <b>(世帯主)</b> 世帯主氏名： 電話 ( - - )					
[ 世帯主以外の方が 来庁された場合は、 次の欄も記入して ください。 ]		<b>代理人</b> 住所：		世帯主との関係( )	
		(窓口 来られた方) 氏名：			
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する (口座情報記入不要) ※公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する (以下へ口座情報を記入してください)					
口座振込 金融機関	銀行	本店	フリガナ(必須)		
	農協 信金	支店	口座名義人		
		支所	口座番号	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> ( )	
※支給される費用の額の受給は、 上記の口座名義人に委任します。(注1)			世帯主名 <span style="float: right;">㊟</span>		

(注1) 世帯主名義の口座以外への振込を希望する場合は、必ず、※欄に世帯主氏名を記入のうえ押印してください。  
 (注2) 備考欄は施術等が3ヶ月を経過し、さらに施術を受ける場合同意した医師の住所、氏名、同意年月日、病名、  
 要加療期間(指示がある場合)を記入してください。ただし、同意書がある場合はその必要はありません。

事務 処理 欄	番号 確認	世帯主	不要		被保 険者	不要		確 認 者	
	身元 確認	代理人	世帯主	不要	被保 険者	不要	確認者		
		世帯主	一号書類(1点で可) 個か 免許 旅券 在留 住基か(写真有) 障がい その他 ( )	二号書類(2点以上) 健保 介護 高齢者証 年手 住基か(写真無) その他 ( )	(左記との組合せで可とする) 通帳 キャッシュカード 社員証 診察券 その他 ( )	本人申告 世帯主(別紙)	法定代理人 [ 戸籍謄本 住基台帳 成年後見人 ( ) ]		
		代理人	一号書類(1点で可) 個か 免許 旅券 在留 住基か(写真有) 障がい その他 ( )	二号書類(2点以上) 健保 介護 高齢者証 年手 住基か(写真無) その他 ( )	(左記との組合せで可とする) 通帳 キャッシュカード 社員証 診察券 その他 ( )	本人申告 代理人(別紙)	委任状 主の一・二号書類 ( )		