

国民健康保険 療養費 支給申請書

記入例

<input type="checkbox"/> 立替払等 <input checked="" 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 00 - 1234	療養を受けた 被保険者 氏名	飯田 花子	男女	女
傷病名	左膝外側側副靭帯損傷	生年月日	昭・平・令 60年5月1日		
発病・負傷 (治療開始) 年月日	令和 5年 1月 1日	療養期間	令和 5年 1月 1日 令和 5年 1月 1日 (1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	飯田市立病院 飯田市八幡町438番地				
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	飯田 一郎				
療養の給付 を受けること ができな かった理由	<input checked="" type="checkbox"/> 治療用装具等(コルセット等) <input type="checkbox"/> その他(具体的に記入)		発病の 原因 および 経過	玄関先で転倒し負傷した。 療養に要した費用 25,340 円	
			療養の 内容	左膝用装具の装着	
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 5年 1月 10日 〒 395 - 8501 申請者 世帯主住所 : 飯田市大久保町2534番地 (世帯主) 世帯主氏名 : 飯田 太郎 電話 (0265 - 22 - 4511)					
(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。) 代理人 住所 : 飯田市大久保町2534番地 (窓口 来られた方) 氏名 : 飯田 花子 世帯主との関係(妻)					
<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 checked="" 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)	イイダ ハナコ	
	飯田	農協	口座名義人	飯田 花子	
	信金	支店	口座番号	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> ()	
	橋北	支所		0	0
				0	1
				2	3
				4	
※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 飯田 太郎 (印)					

(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

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

世帯主以外の口座を指定する場合は、世帯主の記名と押印が必要です。

事務	番号確認	世帯主	不要	被保険者	不要		
処理欄	世帯主	世帯主	一号書類(1点で可) 個か 免許 旅券 在留 住基(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(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 ()] 委任状 主の一・二号書類 ()
	代理人	代理人	一号書類(1点で可) 個か 免許 旅券 在留 住基(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(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)	