

国民健康保険療養費支給申請書

令和 年 月 日

(宛先) 旭川市長

申請人 住 所 _____

(世帯主) 氏 名 _____

電話番号 () - _____

個人番号 - - _____

国民健康保険法施行規則第27条に定める療養費の支給を申請します。

①～⑧までの太枠部分を記入してください。

一 般 ・ 退 職 本 人 ・ 退 職 扶 養 ・ 前 高 2 ・ 前 高 3 ・ 未 就 学 児

① 被保険者記号・番号	旭									令和		年		月		診療分					
② 患者名	氏名							個人番号													
	生年月日	昭	平	令	年	月	日	世帯主との続柄													
③ 被保険者証で 保険診療を受けられなかった理由	(詳しく記入してください。) <input type="checkbox"/> 旅行中に病院等の診療を受けた。 <input type="checkbox"/> 他の健康保険組合の保険証で診療を受けた。 <input type="checkbox"/> その他 ()																				
④ 治療又は投薬の内容	(はり・きゅう・マッサージ・その他)																				
⑤ 治療又は投薬の支給を受けた	病院等の所在地																				
	病院等の名称	病院・医院・診療所																			
	医師等の氏名											TEL									
⑥ 治療又は投薬を受けた期間	令和 年 月 日から						令和 年 月 日まで						日間			⑦ 治療又は投薬に要した金額			円		
⑧ 療養費支給金額の受取方法	1 窓口20番で受け取る。			銀行・信用組合 信用金庫・農協						本店・本所 支店・支所											
	2 世帯主の金融機関の預金口座へ振り込む。			口座番号												種類			1 普通 2 当座 3 組勘 4 貯蓄 5 その他		
費用額	円			一部負担金			円			薬剤一部負担額			円								
保険者負担額	円			支給決定額			円														
医療機関コード							金融機関コード														

※ 次の書類を添えて申請してください。

- ① 病院及び施術機関等の領収明細書で病院及び施術機関等の印鑑があるもの(診療証明書等)
- ② 診療に要した費用額を支払ったことを確認する書類(領収書又は領収証明書等)