

国民健康保険療養費支給申請書

一金 円也

上記金額を支給されるよう申請します。

担当者：

釧路市長 あて

ただし下記内訳のとおり

		〒		年		月		日	
申請者住所 _____									
氏名 _____					個人番号 _____ (マイナンバー)				
電話番号 _____									
(支給予定年月日： 年 月 日)									
被保険者 記号・番号			世帯主名						
診療を 受けた人	(フリガナ) 氏名		個人番号		申請者との 続柄				
	住所								
	診療期間 自 至			受診資格		一般・ (退職被保険者) 本人・被扶養			
	発病負傷日					診療 日数		日	
傷病名 <input type="checkbox"/> 別添レセプトのとおり <input type="checkbox"/> 別紙証明書のとおり									
受診した 医療機関			()				診療科		
受診状態		入院・外来		受給証					
費用額		円		地単確認		重 度		ひとり親 子ども	
審査 認定額		円		交通事故等の第三者行為			有 ・ 無		
申請内容		診療費		1 他保険者への返納 2 被保険者証を提示せず		補装具		1 その他 2 矯正眼鏡 3 弾性着衣 4 弾性包帯 (初回 / 前回購入：)	
<input type="checkbox"/> 口座振込 <input type="checkbox"/> 窓口受取 公金受取口座を国に登録済みの方で登録口座に振込希望の場合はチェック(☑)してください。 公金受取口座を利用します。(振込先の記入は不要)									
金融機関				(フリガナ) 口座名義人					
支店名				口座番号					
口座種別		普通・当座・その他 ()							
負担率		一部負担額				支給額			

・納付確認(相談の必要) 無 有 納税課に相談(結果:)