

国民健康保険 療養費・特別療養費 支給申請書



(宛先) 岡崎市長 平成 年 月 日

住所

申請者 (世帯主) 氏名 _____ 電話 _____ () - _____

次のとおり、療養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。

被保険者証記号番号		-		
療養を受けた被保険者	氏名	生年月日	S	H
	資格種別	1 一般	2 退職者本人	3 退職被扶養者
傷病の原因		<small>通勤途中の怪我・仕事上の負傷は、原則、支給対象外となります。交通事故やけんか等、第三者の行為による負傷が原因で治療を受けた場合は、第三者行為の届出が必要になることがあります。</small> 通勤途中・仕事上の負傷 第三者の行為 その他 ()		
振込先	銀行・信金 本店	口座種別	普通・当座	
	信組・農協 支店	フリガナ	口座番号	
	フリガナ	口座名義	金融機関コード	

この給付の受領を、受領委任状 (世帯主と振込先口座名義人が異なる場合は記入してください) 平成 年 月 日

(口座名義人住所) 世帯主と同じ (口座名義人氏名)

住所 _____ 氏名 _____ に委任します。

申請者 (世帯主) _____ 印

療養期間	平成 年 月 日から 日まで 日間								
療養種別	1 診療費 (医・歯・調・海)	2 治療用装具	3 看護料	4 生血	5 初老期認知症施設療養費	6 その他	1入院 2外来	療養につき算定した費用の額	円
診療、薬剤の支給又は手当を受けた保険医療機関等の名称及び所在地	名称	所在地							
診療又は調剤に従事した医師、歯科医師又は調剤師の氏名									
療養の給付等を受けることができなかった理由	1 緊急で被保険者証を不携帯だった	傷病名							
	2 業者に装具の作成を依頼した	発病又は負傷の日							
	3 他保険資格喪失後の受診	傷病の経過							
	4 海外渡航中の療養	療養内容							
5 資格証期間の療養									
6 その他 ()									

(市処理欄)		確認事項	
受付番号		国民健康保険料	完納・その他
支給決定額	円	子ども・障がい等の福祉医療の有無	有()・無
控除額	円	世帯主口座への振込みか	はい・いいえ
差引支給額 (7割・8割・9割)	円	(治療用装具)耐用年数内の申請か	はい・いいえ
	別紙充当委任状添付		

42401 WP

受付	入力	決定
本庁・岡崎・大平・東部・岩津 矢作・六ツ美・額田		

受付印