

療養費支給申請書

生年月日	昭・平・令 年 月 日	記号番号	—				
被保険者氏名 (療養を受けた人)		個人番号					
第三者 行為	本申請の療養について、交通事故、けんかなど、第三者から傷病を受けたことが原因によるもの (該当 ・ 非該当)						
税充 当 依 頼 欄	<input type="checkbox"/> 本申請による療養費支給額を、 収納担当課指定の滞納分に納付手続することを承諾します。			<input type="checkbox"/> 現年分のみ	《確認者》		
				<input type="checkbox"/> 特別徴収			
				<input type="checkbox"/> 完納見込			
傷病名			療養の給付を 受けることが できなかった理由	・補装具	・他保険返還金		
発症・負傷 年月日	年 月 日			・保険証忘れ	・その他		
療養期間	令和 年 月 日 から	入院	診療、薬剤の支給 又は手当てを 受けた病院・ 診療所・薬局等	名称			
	令和 年 月 日 まで	外来		所在地			
発病の原因			療養に要した費用	円			
傷病の経過							
療養内容							
備考				区	高齢者 一般	高齢者 2割	高齢者 一定以上
				分	前期 (65～69歳)	一般 (65歳未満)	退職 (本人・扶養)
宮 若 市 長 殿							
上記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。 なお、支給決定時に国民健康保険税に滞納がある場合、税充当依頼欄に記載のとおりとします。							
令和 年 月 日							
住所 _____							
世帯主 氏名 _____ 電話 _____							
委任欄							
国民健康保険における療養費支給手続きについて、下記のとおり委任いたします。							
申請者(世帯主) _____							
住所 _____							
氏名 _____ 電話 _____							
口座振替依頼書					《受付印》		
支給方法		口座振込 (登録 有 ・ 無) ・ 税へ充当					
銀行 農協 信用金庫	本店	普通・当座					
	支店	(カタカナで記名) 口座名義人					