|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 査定点数 | 点 | 受付印 |
| 審査費用額 | 円 |  |
| 一部負担額 |  |  |
| 支給決定額 | 円 |  |

|  |
| --- |
| 国民健康保険療養費支給申請書 |
| 記号番号 |  | 療養を受けた被保険者氏名 |  | 世帯主と　の続　柄 |  |
| 傷　病　名 |  |
| 療　養期　間 | 　　　年　　　　　月　　　　　日から　　　年　　　　　月　　　　　日まで日間 |
| 発病､負傷年月日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 診療､薬剤の支給又は手当を受けた病院､診療所､薬局､その他の者の名称及び所在地 |  |
| 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 |  |
| 療養の給付を受けることができなかつた理由 | 1. 緊急のため被保険者証を持参できなかった
2. 業者の装具の作成を依頼したため
3. 他保険資格喪失後の受診
4. その他（　　　　　　　）
 | 発病の原　因 |  | 療養に要した費用 |  |
| 傷病の経　過 |  |
| 療　養内　容 |  |
| □ 振込先に公金受取口座として登録済の世帯主の口座を指定する | ※世帯主のマイナンバーカードに登録した公金受取口座を振込先に指定する場合は左のチェック欄にレ点を記入してください。その場合、下の振込先は記入不要です。 |
| 金 融 機 関 名 | 銀　　行信用金庫農　　協 | 本 店 支 店 支 所  |
| 預金種別 | １．普　通２．当　座３．その他 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  | 口座名義人(カタカナ) |  |

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｡

　　　年　　　　月　　　　日

住　所　三重県いなべ市

〔受任者〕　氏　名

電　話　（　　　 　）

　　　　　　　　　　私は上記の者に療養費の請求および、それに基づく給付金の受領方を委任します。

住　所　三重県いなべ市

〔世帯主〕　氏　名

電　話　（　　　 　）

い な べ 市 長