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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 国民健康保険療養費支給申請書 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者証  の記号番号 | | |  | | | | | | | | | 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