

(R5.4~)

**記入例 国民健康保険 療養費(一般診療・他) 支給申請書**

被保険者証 記号番号	み和000A000000	フリガナ 療養を受けた 被保険者氏名	タイワ タロウ 大和 太郎
個人番号	0000000000000000	生年月日	昭和 平成 令和 昭和30年4月1日
発病(負傷)年月日	傷病名		
療養の原因	<input type="checkbox"/> 第三者行為(交通事故等) <input checked="" type="checkbox"/> 第三者行為以外(疾病等)		
療養期間	令和5年4月1日 ~ 令和5年4月10日 (10日間)		
療養の給付を受けられなかった理由	国民健康保険加入手続きが遅れたため など		
診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、薬局等の名称及び所在地	所在地：大和町吉岡字町裏1番地の1 名称：公立大和病院		
診療又は調剤に従事した医師、薬剤師の氏名	氏名：		
療養の内容及び経過			
		療養に要した費用	50,000円

支払方法	<input type="checkbox"/> 口座振込 <input type="checkbox"/> 窓口払い		
振込先金融機関	大和	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 協同組合 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> ( )	吉岡
	金融機関 コード 0000	( )	店舗 コード 000
口座種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄	口座番号	0000000000
口座名義人 (カタカナ)	タイワ タロウ		

大和町長 殿

上記のとおり療養に要した費用に関する書類を添えて申請します。

令和 ●年 ●月 ●日 (世帯主) 〒980-3680

住所：大和町吉岡まほろば一丁目1番地の1

氏名：大和 太郎

個人番号：000000000000

電話：022 (345) 1117

※届出者が世帯主と異なる場合は、下記に記入願います。

届出者	<input type="checkbox"/> 世帯員 <input type="checkbox"/> その他( )		住所	<input type="checkbox"/> 同上
	氏名		電話番号	

添付書類：領収書写し(又は証する書面) 保険証、通帳(又はカード)の写し 診療報酬明細書(又は療養費証明書)	<input type="checkbox"/> 国保税未納 (有・無)	受付欄(受付者： )
乳幼児(小学校就学前) ・ 65歳未満 前期70歳未満 ・ 前期70歳以上(一般・一定以上・他)		
費用額： 円	給付割合： 割	支給額： 円