

国民健康保険療養費申請書

(あて先) 美馬市長

平成 年 月 分

00:一般 67:退職	入院		外来	
	1. 本人 3. 未就学 5. 家族	7. 高齢9 9. 高齢7	2. 本人 4. 未就学 6. 家族	8. 高齢9 0. 高齢7
給付割合		7割・8割・9割・10割		

療養を受けた者の氏名等		被保険者記号番号				
(フリガナ) 氏名	性別	美馬	0	0		
	男・女	世帯主名				
生年月日	昭和・平成	年	月	日	員番号	
個人番号	保険者名・番号					
	美馬市		3	6	0	5
					3	7

療養に要した費用	円	一部負担金		保険者負担金		
傷病名				傷病原因	<input type="checkbox"/> 一般疾病 <input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> 業務上の事故	
発病・負傷 年月日	平成	年	月	日	診療実日数	
					日	
病院等の名称 および所在地	名称				分別	医科・調剤・歯科
	所在地					
療養費の種類	1: 一般診療	2: 海外診療	3: 装具	4: 柔道整復	5: マッサージ	
	6: 鍼・灸	8: 生血	49: その他 ()			
※海外で治療を受けた方 のみご記入ください	治療を受けた国				通貨単位	

振込先	金融機関名	銀行・信用組合 農協・信用金庫			本店・支店 本所・支所
	口座番号		預金種別	普通・当座・貯蓄	
	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証拠書類を添えて申請します。

平成 年 月 日

申請者	氏名	Ⓜ	電話番号 (連絡先)	-	-
	住所	世帯主との続柄			

以下は記入しないでください

個人番号確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> 職員にて確認 <input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 世帯員 <input type="checkbox"/> 申請者	身元確認(顔写真の無い場合2点)		代理権の確認		
	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本等(法定代理人) <input type="checkbox"/> 委任状(任意代理人) <input type="checkbox"/> その他(上記が困難な場合) ()		
	市民サービスセンター(本課兼用)記載欄				
	受付事務所		受付日	受付者名	
<input type="checkbox"/> 美馬町市民サービスセンター □ 本課 <input type="checkbox"/> 脇町市民サービスセンター <input type="checkbox"/> 木屋平総合支所					