

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証記号番号		阿賀	0	1	2	3	4	5	6	7	種別	一般・退職本人・退職扶養			
療養を受けた被保険者	氏名	阿賀 太郎						生年月日	昭 平・令 25年 1月 1日						
	個人番号	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	9	8	世帯主との続柄	本人
診療、薬剤の支給又は手当を受けた医療機関等の名称又は医師等氏名及び所在地		名称又は医師等氏名	■■病院												
		所在地	阿賀町津川●●●番地												
傷病名		別紙のとおり						療養期間	令和元年 5月 1日から		<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来				
発病又は負傷年月日		令和元年 5月 1日 ・ 不詳							令和元年 5月 15日まで						
発病又は負傷の原因		<input checked="" type="checkbox"/> 一般疾病等 <input type="checkbox"/> 第三者行為							(15日間)						
療養の給付を受けられなかった理由	1	保険医療機関以外の医療機関等での受診										療養に要した費用額	53,657 円		
	2	被保険者証の不提出 (理由:)										一部負担金	16,098 円		
	3	他の医療保険被保険者等の資格喪失後の受診										支給決定額	37,559 円		
	4	治療用装具										給付割合	<input checked="" type="checkbox"/> 7割 <input type="checkbox"/> 8割 <input type="checkbox"/> 9割		
	5	生血										備考	65歳		
	6	海外療養費											3割負担		
	7	特別療養費											胸椎装具B硬性		
	8	その他 ()													
振込先金融機関	▲▲▲▲						銀行・労働金庫			本店					
							農協・信用組合			支店					
							信用金庫			出張所					
口座種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座						口座番号		0	0	0	0	1	2	3
口座名義	フリガナ	アガ タロウ													
	漢字	阿賀 太郎													
委任状 [申請者(世帯主)以外の口座への振込を希望する場合に記入・押印してください。]															
受任者住所 _____															
受任者氏名 _____ (申請者との続柄: _____)															
支給される金額の受領を上記の者に委任します。															
委任者(世帯主) 氏名 _____															

申請者と口座名義人が異なる場合は、受任者欄に口座名義人の住所・氏名、委任者欄に世帯主の氏名を記入し、別々の印鑑を押印してください。

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療養費の支給を申請します。

令和 元 年 5 月 1 日

阿賀町長 様

住 所 阿賀町津川580番地

申請者(世帯主) 氏 名 阿賀 太郎

個 人 番 号 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8

電 話 番 号 0254-92-5761