

国民健康保険療養費支給申請書・請求書

被保険者証記号番号	療養を受けた被保険者氏名	性別	生年月日
長国		男・女	年 月 日
傷病名	別添のとおり	療養を取り扱った保険医療機関等	別添のとおり
療養期間	別添のとおり	療養につき算定した費用の額	別添のとおり
療養の給付を受けることができなかつた理由		1. 現物給付が困難なため (装具・海外・はりきゅう・その他) 2. 被保険者証を持参しなかつたため 3. その他()	

上記のとおり申請・請求いたします。なお、支給決定額は下記の口座へ振込の方法により支払ってください。なお、私(申請者)と振込先の口座名義が異なる場合には口座名義人を代理人と定め、口座への振込により、療養費の支給を受ける一切の権限を委任します。

年 月 日

申請者(世帯主) 住所 河内長野市

氏名



(シヤチハタ不可)

(TEL)

河内長野市長 様

金融機関	銀行・信用金庫 農協・()	本店 支店	受付年月日
フリガナ		種別	
口座名義		普・当	
口座番号		(7ケタ)	
河内長野市会計管理者 様			

※処理欄

種別	入院	入院外	公費			該当なし・短期証該当・資格証該当
	医科	歯科	調剤	装具	海外	80 障害
被保険者の資格区分			一般	退職	本・扶	平成 年 月 日迄有効
高年齢受給者証			未就学			82 ひとり親 86 子ども
一定以上・一般・低II・低I						一部負担(87/88/89/90)
査定金額	円					<input type="checkbox"/> 入力時記入欄 自己負担割合(3割・2割・1割) 対象時年齢()歳 課税区分()
支給決定額	円					<input type="checkbox"/> 決定時記入欄 指定公費額()円 *該当者 高額 ()円 *該当者
備考欄	<input type="checkbox"/> 海外療養費 月 日 時点レート(円 /) = ()円 保険診療 ()円 よって査定額 ()円					