|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **国民健康保険療養費支給申請書** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請の種類 | **□**　補装具　　　**□**　医療費等 | | | | | 被保険者  記号・番号 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 療養を受けた被保険者氏名 |  | | | | 個人番号 | | |  | |  | | | |  |  | |  | |  | |  | |  |  | |  |  |  |
| 生年月日 | 昭和・平成・令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | 世帯主との続柄 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 区分 | **□**　未就学児 | | | **□**　一般 | | | | | | | | | | | | **□**　前期高齢者【２割・３割】 | | | | | | | | | | | | |
| （小学校入学前まで） | | | （69歳まで） | | | | | | | | | | | | （70歳から74歳まで） | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関名 |  | | | | | 所在地 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 療養に従事した  医師等の氏名 |  | | | | | 発病又は  負傷年月日 | | | | | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 傷病名 |  | | | | | 傷病の原因 | | | | | **□**　疾病等　　**□**　第三者行為  **□**　労災事故 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 療養期間 | 令和　　　年　　　月　　　日  　～令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | 療養内容 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 傷病の経過  （外傷性疾病の  場合、場所、時間、原因を記載） |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請理由 | **□**　治療用装具　　　**□**　マイナ保険証等の提示ができなかった  **□**　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 療養に要した  費用額 | ①  円 | | 一部負担金  相当額 | | | | ②（　　　割）  円 | | | | | | 支給申請額 | | | | | | | | | ①－②  円 | | | | | | |
| 受取口座 | **□**　公金受取口座を利用する（利用する場合は振込先の記入不要）  **□**　振込口座を指定する | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 振込先 | 金融機関 | 銀行・金庫・農協　　　　　　　　　本店・支店 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 普通口座番号 | （債権者番号　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | （フリガナ　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **令和　　年　　月　　日**  **大船渡市長　様**  **申請者（世帯主）**  **住　　所**    **氏　　名**  **電話番号　　　　　　　－　　　　　　　－**  **上記のとおり療養に要した費用の支給を申請します。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | 本人確認  　１点：  　２点： | | | | | | | | | | |
| 受付者印 | | | | | | |  | | | |
| 受付印 | | | | | | | | | | |