|  |
| --- |
| **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 |