

課長	課長補佐	係長	係

窓口受付

第三者行為
該当 ・ 非該当

保険区分
一般・未就学2割 前期高齢 2割・3割 外来 入院

国民健康保険 療養費 支給申請書

(令和 年 月診療分)

被保険者証 記号・番号	五所川原							療養を受けた 被保険者	フリガナ													
傷病名：別紙診療報酬明細書のとおり								生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日													

療養を受けた期間								令和 年 月 日から同月 日まで 日間														
----------	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

診療、薬剤の支給又は手当を受けた 病院、診療所等の名称及び所在地	名称						
	所在地						

診療又は調剤に従事した医師、薬剤師等の氏名																						
-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

療養の給付を受けることができなかった理由																						
----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

発病又は負傷年月日	令和 年 月 日	療養内容																				
-----------	----------	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

傷病の原因及び経過																						
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

療養に要した費用額	円 決定費用額															円						
-----------	---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--

支給方法	<input type="checkbox"/> 世帯主の公金受取口座を利用します。 ※マイナポータルでの登録を済ませられた方が利用できます。																					
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定します。(下記に口座情報をご記入ください。)																					

振込先	銀行・金庫															支店・支所						
	組合・農協															出張所						
	普通 ・ 当座	フリガナ							口座名義人													
店番・口座番号																						

上記のとおり、国民健康保険療養費の支給を申請します。

令和 年 月 日

世帯主 住所 〒 五所川原市

氏名

マイナンバー

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※公金受取口座を利用する
場合は記入必須

電話番号

— —