

国民健康保険療養費支給申請(請求)書

診療年月	令和 年 月	種類	補装具・診療費・特別療養費・()		
被保険者 記号番号		療養期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	日間
傷病名			発症・負傷日		
診療を受けた医療機関等の所在地					
診療を受けた医療機関名 または施術師			第三者 求償	有 ・ 無	
発病または負傷の理由			入外区分	入院 ・ 外来	
支給申請をした理由			備考	別紙医証のとおり	
診療を受けた 時の年齢	歳	一般・退本・退扶	負担割合	未就学 2割	就学～69歳 3割
療養に要した費用	円		公費負担額	円	
一部負担金	円		支給金額(請求金額)	円	

下の太枠の中を記入してください。

個人番号				番号 確認	・個人番号カード・住基 ・通知カード・その他
診療を受けた 被保険者氏名	宇佐 太郎		生年月日	昭和 平成 令和	1年 1月 1日
振込先金融機関	〇〇 銀行 金庫・組合 農協 ()		××		本店 支店 出張所 ()
	口座名義 (カタカナ)		口座番号		
	ウサ タロウ		(普)	1234567	
上記の口座への振込を承諾します。(請求者氏名 (印))					

上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請(請求)します。

令和 年 月 日

宇佐市長 あて

請求者 (世帯主)	住 所	宇佐市大字上田1030番地の1			
	氏 名	宇佐 太郎 (印)			
	電話番号	0978-27-8135	個人番号		
	本人確認	免・旅・個人番号・()	番号確認	・個人番号カード・住基 ・通知カード・その他	

証拠書類・・・医証、見積書、請求書、領収書
(彈性着衣は見積書と請求書が発行されない場合があります)

受付	本庁 安・院 四・長
----	------------------