

国民健康保険療養費支給申請書

令和 年 月 日

徳島市長 殿

下記のとおり、療養費に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

申請者(世帯主)

住所 徳島市

氏名

個人番号

電話 ()

記入者

氏名

続柄

太枠内を記入してください。

被保険者証番号				診療年月		資格区分		負担割合区分					
				平 ・ 令	年	月	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退職本人 <input type="checkbox"/> 退職扶養	<input type="checkbox"/> 高齢者/8割 <input type="checkbox"/> 未就学/8割	<input type="checkbox"/> 高齢者/7割 <input type="checkbox"/> その他/7割				
フリガナ						生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和						
療養を受けた 医療機関	名称												
	住所												
	コード												
入外区分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	一般診療 種別	<input type="checkbox"/> 医科 <input type="checkbox"/> 歯科	<input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> その他	傷病名								
療養期間	自 平成 年 月 日 ~ 至 平成 年 月 日				診療 日数	日							
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する(利用する口座情報の記入不要)													
<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する													
銀行		本店		口座番号									
信用金庫		支店		フリガナ									
農協		支所		口座名義人									
預金種別	1. 普通 2. 当座												
療養に要した費用		給付割合		指定公費									
円		7割・8割・9割		有・無									
療養費の種類	<input type="checkbox"/> 01:一般診療 <input type="checkbox"/> 02:海外療養費 <input type="checkbox"/> 03:コルセット <input type="checkbox"/> 04:柔整 <input type="checkbox"/> 05:針灸 <input type="checkbox"/> 06:マッサージ <input type="checkbox"/> 07:生血 <input type="checkbox"/> 08:訪問看護 <input type="checkbox"/> 09:移送 <input type="checkbox"/> 10:特別療養費 <input type="checkbox"/> 31:食事療養費差額 <input type="checkbox"/> 32:前期高齢者差額												
※ 口座振込については、保険料完納世帯に限らせていただきます。 保険料未納の世帯は、申請時に口座振込を希望されても窓口での支払になる場合があります。 又、給付の一時差止になる場合もあります。						第三者行為	受付者						
						有・無							

<徳島市使用欄>

支給見込額	円	支給年月日	年 月 日
一部負担金	円	支給決定額	円