国民健康保険療養費支給申請書

令和 年 月 日

(あて先) 横須賀市長

住所 横須賀市.....町.....丁目.....番(地).....号

世帯主

(申請者) 氏名

個人番号

次のとおり療養費の支給を申請します。

電話 (.....)

被保険者記号番号	03- - -	傷病名	
患者氏名			
生年月日	昭・平・令 年 月 日生		
療養期間(日)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで 日間		
療養を受けた医療機関等の名称及び所在地			
保険で受けられなかった理由	1. 補装具 2. 特別療養費で受診 3. 国保加入手続き中であった。 4. 国保以外の被保険者資格で受診した。 5. 緊急(又は旅行中)のため、マイナ保険証等を提示できなかった。 6. その他 ()	(特別療養費を申請する場合) 患者の個人番号	
	医療機関等に支払った費用額	円	疾病の原因 1. 疾病等 2. 労災事故 3. 交通事故等第三者行為

この支給申請にあたっては医療機関等の領収書(原本)が必要です。領収書がない場合は支給できません。

支給方法欄	振込口座	フリガナ	銀行・農協 信用金庫				支店
		口座名義人 (申請者)	店番号	普通 当座			
	<p>※ [口座名義人が申請者でない場合の委任欄]</p> <p>この口座に係わる金銭の受領を上記の者(口座名義人)に委任する。</p> <p>申請者(世帯主)</p>						

[ここから下は記入しないで下さい。]

費用額	被保険者負担額	支給決定額
円	円	円
備考欄		受付

行政センター受付印