

国民健康保険 療養費支給申請書

菊川市

保険証番号			被 保 険 者 療 養 を 受 け た	個人番号										
診療年月				氏名										
保険種別	一般	退**職		生年月日							性別			
医療機関等の所在地														
医療機関名及び医師名														
処方箋発行医療機関													第三者行為の有無	
													□有 □無	
療養費種別	一般診療 看護 標準負担額差額		補装具 移送 生血	柔整 その他 (	あんま・マッサージ				はり・きゅう)					
点数表区分	医科	DPC	歯科	調剤	施設療養費				訪問看護					
入院外来	本人入院 家族入院 高齢者入院 7 割給		本人外来 家族外来 高齢者外来 7 割給		未就学者入院 高齢者入院一般				未就学者外来 高齢者外来一般					
傷病名、原因及び経過														
申請の理由														
発病・負傷日	年	月	日	療養内容	別紙の通り									
入院年月日	年	月	日	療養期間	令和 年 月 日から				令和 年 月 日まで				日間	
同意年月日	年	月	日											
療養に要した費用					公費負担額									
保険者負担額					指定公費									
一部負担金					高額療養費									
振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 本店・本所・() 支店・支所 農協・() 出張所												
	口座種別	普通・当座・()						口座番号						
	名義人(カナ)													
	名義人(漢字)													

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を揃えて申請及び 円を請求します。

菊川市長様

日付： 年 月 日

申請者 住所

(世帯主) 個人番号

氏名

電話

国保税未納 (有 ・ 無)

確認 ☐