

国民健康保険療養費支給申請書

〔一般〕

(宛先) 金沢市長

令和 年 月 日

療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。

来 ら窓 れ口 たに 方	住所																			
	氏名	電話																		
(世申 帶請 主者)	住所	金沢市																		
	氏名	電話																		
	個人番号																			
対 象 者	氏名	生年月日		昭 平 令 年 月 日																
	個人番号																			
振 込 先	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します（利用する場合は口座情報の記入不要） 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。 通帳等の写しの提出も不要になります。																			
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定します <table border="1"> <tr> <td>銀 行</td> <td>本 店</td> <td colspan="3">口座番号</td> </tr> <tr> <td>信用金庫</td> <td>支 店</td> <td colspan="3">普通預金</td> </tr> <tr> <td>農 協</td> <td>出張所</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>					銀 行	本 店	口座番号			信用金庫	支 店	普通預金			農 協	出張所			
	銀 行	本 店	口座番号																	
	信用金庫	支 店	普通預金																	
農 協	出張所																			
口座名義人 (カタカナで記入してください)																				

被保険者の 記号番号			傷病名		
療養期間	年 月 日 から			年 月 日 まで	日間
発病・負傷 年 月 日	年 月 日			不詳	
療養の給付を 受けたことが できなかった 理由	1 医科 2 装具 3 その他			発病の原因 傷病の経過 療養内容	
				療養に要した費用	円
診療、薬剤の支給または手当を受けた病院、 診療所、薬局、その他の者の名称および所在地					
備考					

受付	審査	件数	日数	決定点数	決定金額
					円

負担区分	給付区分	負担割合	資格取得日	医療費助成の有無	高齢者装具装着
一般・未就・高齢	一般・退本・退扶	7・8・9	S・H・R 年 月 日から S・H・R 年 月 日まで	有・無	入院中・外来
保険年金課	発議番号				

確認	番号	個人 通知 住民 端末	代理	法定 委任 本人	第三者	備考		担当印
	本人	個人 免許 旅券 手帳 在留()	/ 保険 介護 年金()					