

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 帯 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													
	銀 行		本 店		普通預金	口座番号								
	信用金庫		支 店											
	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 受けることが できなかった 理 由	1 医科				発 病 の 原 因				
	2 装具				傷 病 の 経 過				
	3 その他				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 ( )						