

国民健康保険療養費支給申請書

〔 海外療養費 〕

(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 れ 口 た に 方	住所											
	氏名						電話番号					
(世 申 帶 請 主 者)	住所	金沢市										
	氏名						電話番号					
	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) <input type="checkbox"/> 振込口座を指定します											
	銀行 信用金庫 農 協	本 店 支 店 出張所	普通預金	口座番号								
	口座名義人 (カタカナで記入してください)											
渡航国名						渡航目的						
渡航期間	年 月 日 から					年 月 日 まで						

被保険者の 記号番号				療養を受けた 被保険者氏名							
傷病名				生年月日	昭 平 令	年 月 日					
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				
発病の原因、傷病の 経過、療養内容						療養に要した費用					
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											
所在地及び名称											
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	
	本人	個人 免許 旅券 手帳 在留()	/ 保険 介護 年金()					