

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 窓 れ 口 た に 方	住所											
	氏名						電話番号					
(世 申 帯 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	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)												
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 印				
	本人	個人 免許 旅券 手帳 在留 ( ) / 保険 介護 年金 ( )										