

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 た に 方	住所					
	氏名				電話番号	
(世 帯 申 請 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
医療保険課	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 ()						