

# 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。 <b>通帳等の写しの提出も不要になります。</b>					
	<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)					

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 傷 病 の 経 過 療 養 内 容			
	2 装具					
	3 その他		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
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 ( )					