

別記第5号様式 (第6条関係)

支給決定額
円

国民健康保険療養費支給申請書

被 保 険 者 号 記 号 ・ 番 号	多 一	療養を受けた被保険者名		
		生 年 月 日	年 月 日	
区 分	入院 ・ 外来	個 人 番 号		
傷 病 名		発 生 年 月 日	負 傷 日	年 月 日
療養を担当した保険医療機関等の名称及び所在地並びに医師の氏名	名 称			
	所 在 地			
	氏 名			
療養の給付を受けることができなかった理由	1 業者に装具製作を依頼したため 2 保険加入手続き中に受診したため 3 受診の際、保険証を提示しなかったため 4 その他 ( )			
療 養 の 給 付 原 因	<input type="checkbox"/> 第三者の行為によるもの <input type="checkbox"/> その他			
療 養 の 内 容		療養に要した費用額	円	
保 険 種 別	一般 / 退職 本人 家族	期 間	年 月 日から 年 月 日まで	
振 込 先 金 融 機 関 名	口 種 座 別	口 番 座 号	口 座 名 義 人	
銀行 本店	普 通		フリガナ	
信用金庫	当 座			
農 協 支店				
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。 ※給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は上記の「 <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。」にチェック (✓) してください。 ※公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記入は不要です。				
上記のとおり療養費を支給されたく証拠書類を添えて申請します。 令和 年 月 日 〒 TEL 住所 世帯主 氏名 (個人番号 ) 多治見市長				

収納	
入力	
確認	
福医	有・無

※確認欄

番号	来庁者身元確認
個	個 免 障 保 介 診
通	他 ( )
無	届出者 ( . )

確認者 \_\_\_\_\_