

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		
		氏 名		
区 分	入院 ・ 外来	個 人 番 号		年 月 日
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 別	口 番 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 _____