

国民健康保険療養費支給申請書

受付担当者

診療年月	令和 年 月		有 ひとり親 無	原爆 障害 乳児		受付年月日	令和 年 月 日											
保険者名	福山市			ひとり親	その他()		性別											
保険者番号	340083		療養を受けた 被保険者名前					男 女										
被保険者記号・番号			生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日				保険種別		一般被保険者								
傷病名	別紙のとおり		療養期間	令和 年 月 日 から		診療実日数	本人家族入外											
発病負傷年月日	令和 年 月 日			令和 年 月 日 まで	01:本人入院 02:本人外来 03:未就学入院 04:未就学外来 05:家族入院		06:家族外来 07:高齢者入院一般 08:高齢者外来一般 09:高齢者入院7割 00:高齢者外来7割	01:本人入院 02:本人外来 03:未就学入院 04:未就学外来 05:家族入院	06:家族外来 07:高齢者入院一般 08:高齢者外来一般 09:高齢者入院7割 00:高齢者外来7割									
診療、薬剤の支給又は手当を受けた 病院、診療所、薬局その他の者の 名称及び所在地							給付割合	割										
診療又は調剤に従事した医師、歯科 医師又は薬剤師の名前			別紙のとおり				医療機関コード											
療養の給付等を 受けることができ なかった理由	1 急病等により保険資格が確認できるものを携帯していなかったため 2 資格確認書等の交付前であったため 3 治療用装具 4 生血 5 柔道整復 6 海外渡航中であったため 7 その他 []						傷病の原因											
							傷病の経過											
療養に要した費用								療養内容										
備考																		
振込先	希望する方にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する。(口座情報の記入不要) ※世帯主が受領する場合のみ利用可能 ※マイナポータル上で公金受取口座を登録している方に限る。								公金受取口座を利用する場合は個人番号を記入 <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/> 個人番号									
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。																	
	金融機関名 及び店舗名	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合				本店 支店 出張所		種別		1 普通				2 当座				
								口座番号										
口座名義人(カナ)														第三者行為の有無		有 無		

上記のとおり、療養に要した費用の額に関する証拠書類を添えて国民健康保険療養費の支給を申請します。

令和 年 月 日

世帯主住所

(フリガナ)

世帯主名前

連絡先電話番号

世帯主以外の方が申請される場合のみ記入(同一世帯の人は住所記入不要)												支所受付印		保険年金課受付印	
申請人住所 (窓口に来た人) 名前 (電話 (世帯主との続柄))															
<input type="checkbox"/> 本人確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> その他()															
確認事項欄	滞納	有・無	担当	1 振込	充當	有・無	全額・充当+振込		口座	有・無	登録	確認			
							金額	円							

※太枠のみ記入してください。 ※この申請書は、市民部保険年金課で保管します。

保年-2025.12.26