

年 月分 豊田市国民健康保険療養費支給申請書

豊田市長様

Solicito el reembolso de gastos médicos de acuerdo con el artículo 27, párrafo 1 del reglamento de la Ley de Seguro Nacional de Salud. 国民健康保険法施行規則第27条第1項の規定に基づき、療養費の支給を申請します。

※太枠内を記入してください。

申請年月日 年 月 日

（ 申 請 者 主 ）	住所					
	氏名					電話
	個人番号					

被保険者記号・番号	療養を受けた被保険者氏名			被保険者区分
-				<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 退職扶養
生年月日	年	月	日	<input type="checkbox"/> 高齢者区分1・2・3 <input type="checkbox"/> 乳幼児(6歳未満)
個人番号				交通事故等の第三者行為 有・無
振 込 口 座	金融機関名	銀行 信用金庫 農協 (店番号 )		本店 支店 出張所
	預金種別	口座番号	フリガナ 名義人	
	普通・当座			

※世帯主以外の口座に振り込みを希望される場合は、下記の受領委任状を記入してください。

受領委任状	
今回の療養費の受領に関する権利を下記のとおり委任します。	
<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 記	
受任者	住所 _____
	氏名 _____
委任者 (世帯主)	氏名 _____ 印 自署の場合は押印不要

傷病名	発病・負傷年月日 年 月 日
療養期間 自 年 月 日 至 年 月 日 日間	療養に要した費用 円
発病原因及び経過	療養内容
療養の給付を受けることができなかった理由	療養を受けた機関及び所在地
診療又は調剤に従事した医師、歯科医師又は薬剤師氏名	

療養費支給明細書		
審査決定総点数	給付割合	支給金額
( × 10円) ×	=	円

添付書類確認	滞納	充当	福祉医療	受付
<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 医師の証明書又は診療報酬明細書	有・無	する しない	有・無 (乳・小中・障・母・精)	

処理欄	(窓口に来た人)	(続柄)
本人確認 1点: 免・個・在・身・他 ( )		
2点: 他 ( )		