

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

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		
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)	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来
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	本 店
			信用金庫	支 店
			農 協 (店番号 )	出張所
	預金種別	口座番号	フリガナ	
	普通・当座		名義人	
<input type="checkbox"/> 申請者の公金受取口座を利用		個人番号		

※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。	
記	
<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
受任者	住 _____
	氏 _____
委任者 (世帯主)	氏 _____ 印 自署の場合は押印不要

傷病名 別紙のとおり	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 <input type="checkbox"/> 装具による経過観察中 <input type="checkbox"/> その他	療養内容
療養の給付を受けることができなかった理由 <input type="checkbox"/> 業者に装具の製作を依頼したため <input type="checkbox"/> その他	療養を受けた機関及び所在地 <input type="checkbox"/> 別紙のとおり <input type="checkbox"/>
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	有・無	する	有・無	
<input type="checkbox"/> 医師の証明書又は診療報酬明細書		しない	(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 ( _____ )	