

令和5年 4月分 豊田市国民健康保険療養費支給申請書

記入例

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 令和 5年 6月 20日

| | | | |
|---------------------------------|------|--------------|---------|
| 申 （ 世 帯 主 者 ） | 住 所 | 豊田市西町3丁目60番地 | |
| | 氏 名 | 豊田 太郎 | 電話 |
| | 個人番号 | 記入不要 | 34-6637 |

| | | | |
|--|--------------|---|---|
| 被保険者記号・番号 | | 療養を受けた被保険者氏名 | |
| 123-4567 | | 豊田 花子 | |
| 生年月日 | 昭和 50年 1月 1日 | <input type="checkbox"/> 高齢者区分1・2・3 <input type="checkbox"/> 乳幼児(6歳未満) | <input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 |
| 個人番号 | 記入不要 | 交通事故等の第三者行 | 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> |
| 振 込 口 座 | 金融機関名 | 豊田 銀行 信用金庫 農 協 (店番号 123) | 本店 支店 出張所 |
| | 預金種別 | 口座番号 | フリガナ |
| | 普通 当座 | 1234567 | トヨタ タロウ 名義人 豊田 太郎 |
| <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。 | |
| <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 | 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 () | | |