

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証記号番号		う国		世帯主氏名				
療養を受けた被保険者	個人番号							
	氏名				世帯主との続柄			
	生年月日		年 月 日		発病・負傷年 月 日		年 月 日	
	傷病	名称						
		原因				交通事故等の第三者行為		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		経過						
療養期間		年 月 日 ~		年 月 日 (日間)				
受診した医療機関等	所在地				受診状態	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来		
	名称							
療養の内容				診療・調剤に従事した医師等の氏名				
受けた療養に対して医療機関等で支払った額				円				
療養の給付を受けることができなかった理由		<input type="checkbox"/> 保険未加入受診 <input type="checkbox"/> 証未提示受診 <input type="checkbox"/> 証期限切れ受診 <input type="checkbox"/> 補装具 <input type="checkbox"/> その他()						
振込先口座(世帯主)	金融機関名 支店名		銀行 金庫 農協		支店 支所 出張所			
	金融機関コード				支店コード			
	口座番号				預金種別		普通預金	
	(フリガナ) 口座名義人						
	委任状		療養費の受領について、上記口座名義人に委任します。 世帯主 氏名 (印)					
上記のとおり療養等に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。 年 月 日 うるま市長 様 申請者 住所 _____ (世帯主) 氏名 _____ 電話番号 _____								
受付窓口	<input type="checkbox"/> 本庁		算定額	費用額		円	審査	受付
	<input type="checkbox"/> 石川出張所			一部負担金		円		
	<input type="checkbox"/> 勝連出張所			支給決定額		円		
<input type="checkbox"/> 与那城出張所								