

療養費	【自費】	【海外療養費】
	【返納金】	【移送費】
	【その他	】

国民健康保険療養費支給申請書	一般	退本	退扶	未就学																				
	障がい	ひとり親	乳幼児	高齢受給者証 1割 2割 3割																				
年 月 日																								
苫小牧市長 様 下記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。																								
住所 _____																								
世帯主 氏名 _____																								
生年月日 _____ 年 月 日 連絡先TEL (_____)																								
個人番号 (職権記載 <input type="checkbox"/>) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																								
療養を受けた被保険者氏名 (生年月日・年齢)	年 月 日 () 歳		世帯主との続柄	被保険者・記号番号																				
個人番号 (職権記載 <input type="checkbox"/>)			苫小牧																					
疾病名	診療報酬明細書 (別途保管) のとおり	発症の原因	<input type="checkbox"/> 不詳																					
発症負傷年月日	<input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/> 不詳	疾病の経過	診療報酬明細書 (別途保管) のとおり																					
療養期間	年 月 日から 年 月 日まで (日)	療養の内容	診療報酬明細書 (別途保管) のとおり																					
療養を受けた医療機関等の名称及び所在地		診療報酬明細書 (別途保管) のとおり																						
診療又は調剤に従事した医師、歯科医師又は薬剤師の氏名		診療報酬明細書 (別途保管) のとおり																						
療養の給付を受けることができなかった理由		<input type="checkbox"/> 保険取扱療養機関外のため <input type="checkbox"/> 保険証不携帯 <input type="checkbox"/>																						
支払方法	・窓口受取	<口座振込指定欄> 銀行 本店 信用金庫 支店 組合		<口座番号>																				
	・銀行振込 (世帯主のみ)	※世帯主名義の口座を指定してください。 口座名義人 (カタカナで記入)		普通・当座・貯蓄 No _____																				
証拠書類		<input type="checkbox"/> 診療報酬明細書 <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> その他 (_____)																						

受付印

医師領収書		査定総額		決定支給額	
	円		円		円

受付者	
-----	--