

### 国民健康保険療養費支給申請書

年 月 日

豊後大野市長 様

下記のとおり、療養に要した費用に関する関係書類を添えて申請します。  
また、手続に際し必要となる個人番号、公簿等を閲覧されることに同意します。

申請者 (世帯主)	住所	豊後大野市	被保険者証 記号番号	ぶんどご国
	氏名		電話	— —
	個人番号			
代理人	住所	豊後大野市	世帯主との 続柄	
	氏名		電話	— —

療養を受けた被保険者氏名		世帯主との続柄	
生年月日	年 月 日	個人番号	
疾病名		発病(負傷)日	年 月 日
発病の原因及び経過		療養の期間 ( 日間)	
第三者行為の有無	有 ・ 無	年 月 日から 年 月 日まで	
療養を受けた医療機関等	名称		
	所在地		
	医師等氏名		
療養に要した費用	円		
療養の給付を受けることができなかった理由			
<input type="checkbox"/> 装具・輸血 <input type="checkbox"/> 保険証を受け取る前であった <input type="checkbox"/> 保険証不所持(旅行・紛失・その他) 資格取得日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 高齢受給者 届出年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 海外渡航中の療養 交付年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> その他( )			

受領方法	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する(利用する場合は口座情報の記入不要)。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。 <input type="checkbox"/> 窓口払い(市役所本庁 会計課)		
振込先	銀行・組合 金庫・農協	本店 支店	預金 種類 普通・当座
金融機関	口座番号	フリガナ 口座名義人	

世帯主以外の口座に振込を依頼する方は、次にご記入ください。

[受任者(口座名義人)] 上記により支給される金額の受領方を左記の者  
住所 \_\_\_\_\_ に委任します。  
氏名 \_\_\_\_\_ 世帯主氏名 (印)

受付印
-----

処理欄	保険種別	入外区分	負担区分
	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退職(本人・扶養)	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	<input type="checkbox"/> 就学前(8割) <input type="checkbox"/> 70歳以上(8割) <input type="checkbox"/> 70歳以上(7割)