

国民健康保険療養費支給申請書

七尾市長

	年 月 日
申請者 (世帯主)	住所 氏名 個人番号 電話番号

※世帯主以外の方の口座に振込を希望する場合は、世帯主の委任状が必要です。

下記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。

被保険者記号・番号				
療養受給者	氏名			
	生年月日	年 月 日	個人番号	
傷 病 理 由		第三者行為（交通事故、けんか、食中毒等） ・ 工作中的の負傷 ・ その他		
振込先	銀行	口座番号	普・当	
	信用金庫 支店	フリガナ		
	共同組合 支所	口座名義		
傷 病 名				
発病負傷年月日		年 月 日	入 外 区 分	入院 ・ 外来
療 養 期 間		年 月 日 から 月 日 まで 日間		
診療薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局その他の者		住所 名称		
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				
療養の給付を受けることができなかった理由	1 補装具作成のため 2 全額自己負担したため 3 その他（)	発病の原因傷病の経過療養内容		

担当者記入欄	保険区分	一般 退職 未就学 若人 前期 高受	療養に要した額	決定額	
	所得区分	ア イ ウ エ オ 現Ⅲ 現Ⅱ 現Ⅰ 一般 低Ⅱ 低Ⅰ	一部負担金	支給額	

代理権の確認	身元確認（本人又は代理人）		番号確認
	1点（写真付き）	2点	
<input type="checkbox"/> 委任状	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 保険証	<input type="checkbox"/> 個人番号カード
<input type="checkbox"/> 同一世帯	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 通知カード
<input type="checkbox"/> 送付先	<input type="checkbox"/> 障害者手帳		<input type="checkbox"/> システム
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> その他

受付印	
-----	--

受付： _____