国民健康保険療養費支給申請及び請求書

（平成　　　　年　　　　月診療分）

（一般・退職本人・退職被扶養者）　　　　　　　　　　　　　　　　　（前期高齢者：該当・非該当）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証の記号・番号 | | 神埼 | | 療養を受けた  被保険者氏名 | | | |  | | | | 世帯主との続柄 | |  |
| 個人番号 | | | |  | | | |
| 傷病名 | |  | | 生年月日 | | | | 昭和･平成　　　　年　　　　月　　　　日（　　　　歳） | | | | | | |
| 発病、負傷  年　月　日 | | 平成　　　年　　月　　日 | | 電話番号 | | | |  | | | | | | |
| 診察、調剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局その他の者の名称及び所在地 | | | | 名　称：  所在地： | | | | | | | | | | |
| 診療又は調剤に従事した医師、歯科医師  又は薬剤師の氏名 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 療養の給付を受けることができなかった理由 |  | | | 発病の原因 | | |  | | | | | | 療養に要した費用 | |
| 傷病の経過 | | |  | | | | | | 円 | |
| 療養の内容 | | |  | | | | | |
| 第三者行為（交通事故等） | | | | 有　　　・　　　無 | | | | | | | | | | |
| 備考 | ※計算式（自己負担額）  　　　　　　　円＊0.3＝　　　　　　　円（現役並み）  　　　　　　　円＊0.2＝　　　　　　　円（S19.4.2生以降、未就学児）  　円＊0.1＝　　　　　　　円（S19.4.1生以前） | | | | | | | | | | | | 支　給　額 | |
| 円 | |
| 振込先 | 金融機関名 | |  | | 支店名 |  | | | | 種別 |  | |
| （カナ記入） | |  | | | 口座番号 | | |  | | | |
| 口座名義人 | |  | | |
| 上記のとおり、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。  平成　　　年　　　月　　　日  申請者（世帯主）　　　住　　所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　個人番号  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　　　神　埼　市　長　　様 | | | | | | | | | | | | | | |
| 委　任　状  住所  氏名  私は、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。  ・療養費に要した費用の受領に関する事  　　平成　　　年　　　月　　　日  申請者（世帯主）　　　住　　所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　個人番号  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | |