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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |