

# 国民健康保険療養費支給申請書

※この申請書は、療養費の支給を申請するときに使用します。

【療養を受けた被保険者】

フリガナ		生年月日	S・H・R	年	月	日
氏名		個人番号				
住所	(建物名等)	被保険者証記号番号 宮 ー				

傷病名		発病または負傷年月日		年	月	日
発病または負傷の原因						
療養期間		年	月	日から	年	月
診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局その他の者の名称及び所在地						
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	傷病の経過					
	療養内容					
	療養に要した費用		円			
審査決定	日数	日	費用額	円		
	点数	点	支給額	円		
			一部負担金	円		
備考						

【申請者】(世帯主)

宮津市長 様		令和 年 月 日				
上記のとおり申請します。						
フリガナ		生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日
氏名		個人番号				
		日中連絡先	ー	ー		
住所	〒	宮津市字				
	(建物名等)					

委任欄	この欄は給付金の受領を世帯主以外に頼むときだけ記入してください	上記の療養費の受領を( )に委任します。
		令和 年 月 日
		世帯主氏名 ㊞

※いずれかに☑してください。

- 公金受取口座を利用する。(マイナポータル等から登録した口座を利用する方。金融機関情報は記入不要)
- 受取口座を指定する。(以下の金融機関情報を記入してください。)

【金融機関情報】

金融機関名	支店名	種別	口座番号	口座名義人(フリガナ)
銀行・信金・労金	本店・支店	普通		
信組・農協・漁協	出張所	当座		

宮津市使用欄 ※この欄は記入しないでください。

個人番号確認方法	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 書類提示が困難である理由(忘れて持参してない、所在が分からない、( ))		
実存確認方法	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 福祉医療証 その他( )		
手続き方法	<input type="checkbox"/> 窓口申請(□本人・□代理人) <input type="checkbox"/> 郵送による申請	手続き	<input type="checkbox"/> 完了 <input type="checkbox"/> 未