

※ この欄には記入しないでください。

整理番号		決	支給金額	円		
資格	取得	裁	支給期間	年月日から	年月日	年月日
確認	喪失			年月日まで		
摘要	証交付	処	(支給しない理由)		国保 審査 委員 印	
	一般・退職	理				

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証 記号・番号	宮一	個人番号		
傷病名		療養を受けた 被保険者氏名	昭・平・令 年 月 日生	
発病・負傷 年月日	年 月 日	療養期間	令和 年 月 日から 年 月 日まで 日間	
発病又は負傷の原因				
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 受けなかった 理由	傷病の経過			
	療養内容	海外療養費		
	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				

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。

令和 年 月 日

〒
住所 宮津市字 _____
世帯主
氏名 _____
個人番号 (_____)
電話 (_____) - _____

宮津市長様

委任 欄	この欄は 受領を人 に頼むと きだけ記 入下さい	上記療養費の受領を (_____) に 委任します。 令和 年 月 日 世帯主氏名	口座名義人 (フリガナ) 氏名 _____
			振込銀行名 _____ 本(支)店
			口座番号 _____ 普・当

※口座番号等に誤りがある場合は、振込が遅れる場合があります。再度確認してください。

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、所在がわからない、(_____))		
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"/> 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 (<input type="checkbox"/> 本人・ <input type="checkbox"/> 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