

国民健康保険療養費支給申請書

申請する日付を記入してください。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

世帯主の住所、氏名、個人番号を記入してください。

※個人番号（マイナンバー）が解らない場合は記載不要です。

下記のとおり療養に要した費用に関する必要書類を添えて申請します。

住所 江別市高砂町6番地

世帯主

氏名 江別 一郎

個人番号 123456789012

療養を受けた方の氏名、被保険者番号、個人番号、生年月日、世帯主との続柄を記入してください。

※個人番号（マイナンバー）が解らない場合は記載不要です。

|                      |  |         |                 |                   |
|----------------------|--|---------|-----------------|-------------------|
| 療養を受けた被保険者氏名         | 江別 花子  |         | 被保険者番号          | 1234567           |
| 個人番号                 | 123456789012   |         |                 |                   |
| 生年月日                 | 昭和23年4月5日  | 世帯主との続柄 | 妻               |                   |
| 支給方法                 | <input checked="" type="radio"/> 口座振込 <input type="radio"/> 窓口払い |         | 振込先金融機関         | 江別銀行 高砂支店         |
| 口座番号                 | <input checked="" type="radio"/> 普通<br><input type="radio"/> 当座  | 1234567 | (フリガナ)<br>口座名義人 | エベツ イチロウ<br>江別 一郎 |
| 傷病名                  |  | 発病の原因   |                 |                   |
| 発病負傷年月日              |  | 傷病の経過   |                 |                   |
| 療養期間                 |  | 療養の内容   |                 |                   |
| 療養を受けた医療機関等の名称及び所在地  |  |         |                 |                   |
| 療養の給付を受けることができなかった理由 |  |         |                 |                   |
|                      |  | 公費負担    | 障害              | ひとり親 乳幼児          |
| 保険者負担率               |  |         |                 |                   |
| 療養に要した費用 ①           |  |         |                 |                   |
| ①×被保険者負担率 ②          |  |         |                 |                   |
| 被保険者支給額 (①-②)        |  |         |                 |                   |
| 決定年月日                |  |         |                 |                   |

《口座振込を希望の場合》

世帯主の口座の、銀行名、支店名、口座番号、名義人氏名、フリガナを記入してください。

《窓口払いを希望の場合》

『窓口払い』をマルで囲んでください。後日、市役所での受け取りになります。