

国民健康保険療養費支給申請書兼請求書

※太枠の中をご記入ください

保険証記号番号	中 津		個人番号						
患者氏名		男 女	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日					
資格種別	一般・退本・退扶・高齢者		傷病名						
発病の原因	発病・負傷年月日	年 月 日	第三者行為(交通事故等)か否か	はい・いいえ					
療養期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間								
医療機関の所在地及び名称 医師の氏名	別紙、医師の診断書又は領収書に記載								
療養の給付を受けることが出来なかった理由	(1) 治療用装具装着のため (2) 被保険者証を提示していないため (3) その他()								
療養内容	コルセット	療養費	移送費	その他()					
自己負担	割	円	診療費用額	円					
保険者負担	割	円	請求額	円					
備考									
	銀行コード()			店番()					
振込先 (世帯主名義)	銀行 信金		支店						
	農協 信組		出張所/代理店						
	口座番号			口座名義(カタカナ)					
上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請し、請求します。									
令和 年 月 日									
			住 所 中津市						
			(世帯主) フリガナ						
			氏 名						
			個人番号						
			電 話						
			住 所						
			(申請者) フリガナ						
			氏 名						
			電 話						
中津市長 あて			電 話						
同一世帯でない場合は関係を確認()									

受付