

【申請書記入例】

様式第3号(第17条、第22条、第23条関係)

受理印		国民健康保険療養費支給申請書	
		平成 ○○年 10月 20日	
福島市長		世帯主 住所 福島市五老内町3番1号	
		氏名 福島 花子 (福島) 印	
		(電話番号 024 - 525 - 3773)	
次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。			
被保険者証 記号番号	島1 0 1 2 1 2 0 (1) 一般 2 退職本人 3 退職被扶養者		
療養を受けた 被保険者氏名	福島 花子	被保険者の性別 及び生年月日	(男・女) (昭)平 45年 4月 5日
傷病名		種別	入院 外来
療養期間	平成 ○○年 10月 3日から 平成 ○○年 10月 3日まで 1日間	発病の 原因	
診療薬剤の支給又は手当を 受けた病院、診療所、薬局等	名称	福島県立医科歯科病院	
	所在地	福島市光が丘 ○番地の○	
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	急病で、保険証を持たず 受診したため全額自己負担	療養に要した費用	支給決定額
		26,170 円	
医師の 意見欄	傷病名		
	補装具を必要 と認めた理由		
	装具の採寸日	平成 年 月 日	採寸日は入院・外来
		平成 年 月 日	住所 医師 氏名
振込口座等	金融機関名	ゆうちょ (銀行) 農協 信用金庫 八五八 本店 (支店)	
	口座番号	0 1 2 0 1 2 0	口座の 種類 普通
	フリガナ	フクシマ ハナコ	
	口座名義人	福島 花子	
※世帯主以外の方の口座に振込を希望される場合は、裏面受取委任の欄に記入してください。			
〈裏面〉			
本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 平成 年 月 日			
世帯主	住所		
	氏名		印
代理人	住所		
	氏名		

※急病などで保険証を持たずに受診した場合、申請には医療機関等に支払った領収書(原本)及び診療報酬明細(レセプト)もしくは同意書が必要となります。

○提出日を記入してください

○世帯主の申請になります(住所・氏名・電話番号を記入の上、捺印してください)。
(療養を受けた時点の世帯主となります。)

○療養を受けた被保険者についてご記入ください。
(被保険者証記号番号、保険証区別、氏名、性別、生年月日)

○療養の内容について記入してください。

○医療機関等名称・所在地、療養期間・日数、区分を記入願います。

※申請は、療養を受けた人ごと、月ごと、医療機関等ごと、種別(入院・外来)ごとに作成してください。

○領収書の金額を記入してください。

○世帯主の口座情報を記入してください。

世帯主以外の口座に振り込みを希望される場合は、希望される口座情報を記入の上、裏面の委任欄に記入捺印願います。

※世帯主の印は同じものを捺印願います。

代理人は振込口座の名義人になります。

※世帯主以外の口座に振込みを希望される場合、裏面の委任欄に記入捺印することにより、世帯主から代理人(口座名義人)に給付金の受領に関する権限を委任します。