

【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 | |
| 福島市長 | | 平成 ○○年 10月 20日 | |
| 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 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 桃花 | | 被保険者の性別 (男・女) (男)・平 60年 3月 3日 |
| 傷病名 | | 種別 | 入院 外来 |
| 療養期間 | 平成 ○○年 9月 3日から 平成 ○○年 9月 26日まで | | 3日間 |
| 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 | 前保険者において不当扱い。遡って福島市国保に加入。 | | 療養に要した費用 |
| | | | 支給決定額 |
| 傷病名 | | | |
| 医師の意見欄 | 補装具を必要と認めた理由 | | |
| | 装具の採寸日 | | |
| | 採寸日は入院・外来 | | |
| | 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。

【事務処理欄】

〈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

※前保険者に医療費を返納し、遡及して福島市国民健康保険加入した場合、申請には前保険者に支払った領収書(原本)及び返納通知書(内訳書)、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、捺印して下さい)。
(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。

○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り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。