

受理印

(表面)

国民健康保険療養費支給申請書

令和 年 月 日

福島市長

個人番号

世帯主 住所

氏名

(電話番号 - -)

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 記号・番号	島1	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 ・個人番号	被保険者の性別及び生年月日 (男・女) 昭・平・令 年 月 日			
傷病名	種別		入院・外来	
療養期間	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで	日間	第三者行為(交通事 故等)有の場合 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 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 を受けること ができな かった理由	1 前保険者において不当扱い (遡って福島市国保に加入) 2 保険証未提示 3 海外療養費 4 その他()	療養に要した費用 円	支給決定額 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・令和 年 月 日	採寸日は入院・外来	
	令和 年 月 日	名称 所在地 医師氏名	Ⓧ	
振込口座等	金融機関名	銀行・農協 信用金庫		本店 支店
	口座番号	口座の 種類		普通
	フリガナ			
	口座名義人			

※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。

※個人番号は省略することができます。

【事務処理欄】

区分	<input type="checkbox"/> 医科・歯科・調剤, <input type="checkbox"/> 治療用装具, <input type="checkbox"/> その他()	支給割合	割
金融機関コード	-	事務処理コード	4
受付担当	国保年金課 () 支所・出張所	支給事務担当	国保年金課

(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。

令和 年 月 日

世帯主 住 所
氏 名

印

代理人 住 所
氏 名