

国民健康保険療養費支給申請書

支給額 円

上記のとおり療養に要した費用を申請します。

ただし下記内訳のとおり

令和 年 月 日

申請者（世帯主） 住 所 _____
 氏 名 _____ 個人番号 _____
 電話番号 _____

(宛先) 名古屋市 区長 (名古屋市長)

記号・番号			世帯主名							
診療を受けた人	(フリガナ) 氏名			個人番号			申請者との続柄			
	住所									
	診療期間	自	年	月	日	受診資格	一般			
	発病負傷日	年 月 日				診療日数	日			
	傷病名									
	受診した医療機関	名称	()			診療科				
		所在地								
	受診状態	入院・外来		受給証	高齢者3割・高齢者2割・未就学児					
	費用額			併用公費又は福祉の名称						
	審査認定額			交通事故等の第三者行為		有・無				
療養費の種別	一般診療・補装具・その他()									
療養の給付を受けることができなかった理由										
受取口座	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。 <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する(利用する場合は口座情報の記入不要)。 ※ご自身で公金受取口座をマイナポータル上にて登録している方に限ります。									
1: 現金 2: 振込	振込先	コード	名称		(フリガナ) 口座名義人					
	金融機関		銀行 信用金庫 信用組合 協同組合							
	支店				口座番号					
	口座種別	普通・当座・その他()								
点数			総医療費		支給額					
負担率			一部負担額							
食事療養(基準額)計 ㉔			食事療養標準負担額 ㉕			食事療養費 ㉔-㉕				
			(円) × (回) = (円)							

(市記入欄)

決裁 令和 年 月 日	入力	点検	通知年月日 (支給通知 不支給通知)	支払年月日	方法
			令和 年 月 日	令和 年 月 日	口振前渡金