

太線の枠内だけご記入ください。

## 国民健康保険療養費支給申請書 ( 年 月分)

(宛先) 名古屋市 区長 (名古屋市長) 申請者 (世帯主) 住所 名古屋市 区 _____ 氏名 _____ 個人番号 (マイナンバー) _____ 電話 ( ) _____	令和 年 月 日 金融機関名 銀行 本店 信用金庫 支店 農協 出張所 金融機関コード _____ 店番 _____ 預金科目 _____ 口座番号 (右づめ) _____ 1 普通 2 当座 _____ 口座名義人 (カタカナで) _____
--	--

次のとおり申請します。なお、支給決定額は上記の口座へ振り込んでください。

記号		療養を受けた被保険者氏名	
番号		個人番号 (マイナンバー)	
		生年月日	昭 平 令 年 月 日
療養期間 (補装具の採型・採寸日)	年 月 日から 年 月 日まで 食事 回 ( 日に採型・採寸)	療養の給付等を受けることができなかった理由	補装具のため・その他 (具体的に詳しく記入してください。)
入外区分	入院・入院外	療養内容	傷病の経過
		傷病名及び傷病原因	交通事故・その他第三者の行為に 該当する・該当しない
療養を受けた医療機関等の名称及び所在地		発病又は負傷した日	年 月 日
療養に従事した医師等の氏名			
療養に要した費用額	円	一部負担金割合	2 割 ・ 3 割

福祉医療 子障ひとり親 81 82 83	申請区分 1: 医科 2: 歯科 3: 調剤 4: 柔整 5: 鍼灸・マッサージ 7: 食事 8: 補装具 9: 特別 10: 海外 99: その他	口座確認	備考	
支給基礎額 ① 円	割合 ② 0.7 0.8	福祉・公費負担額 ③ 円	定率一部負担額 ④ 円	⑤ 円
食事療養 (基準額) 計 ⑥ 円	食事療養標準負担額 ⑦ 円	食事療養費 (⑧ - ⑦) ⑧ 円	支給決定額 (⑥ + ⑧) 円	

決裁 令和 年 月 日	入力 点検
----------------	----------

通知年月日 (支給通知 却下通知) 令和 年 月 日
----------------------------------

支払年月日 令和 年 月 日	方法 口振 前渡金
-------------------	-----------------