

費用額	円
支給額	円

公費	有・無			
	障	ひ	子	その他()

国民健康保険療養費支給申請書兼請求書

補装具等・海外
10割・逆返・差額・その他

被保険者記号・番号		療養を受けた	氏名				
傷病名		被保険者	生年月日				
発病・負傷 年月日		令和 年 月 日	療養期間	令和 年 月 日から	入外区分		
				令和 年 月 日まで	入・外		
診療・薬剤の支給又は手当を受けた 病院・診療所・薬局					<input type="checkbox"/> 別紙のとおり		
その他の者の名称及び所在地					<input type="checkbox"/> 別紙のとおり		
診療・薬剤又は手当に従事した 医師・歯科医師・薬剤師					<input type="checkbox"/> 別紙のとおり		
その他の者の氏名							
療養費の支給申請をした理由 〔被保険者証で治療等が受け られなかった具体的理由〕							
※海外で治療を受けた方のみご記入ください。		治療を受けた国			通貨単位		
発病又は 負傷の原因	交通事故等の第三者行為		療養に要した費用				
	有・無		円				
振込先 金融機関	預金種別		口座番号(右詰め)				
	普通・当座						
金融機関コード	支店コード		貯蓄・その他()				
		フリガナ					
支給額は上記口座に振り込んでください。		口座名義人					
記入後、金融機関名・支店名・口座番号・口座名義人について、再度の確認をお願いします。							
上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請し、請求します。 なお、支給に際し上記口座への振込を依頼します。							
令和 年 月 日 住所 個人番号 世帯主 氏 名 守口市長 様 電話番号							

太枠内をご記入ください。

(注意)

- ※ 療養費の支給申請については、被保険者等が保険医療機関等に支払った日の翌日から2年を経過すると、消滅時効となり、申請ができなくなりますので、上記の振込先口座をご記入の上、速やかに申請いただきますよう、よろしくお願いいたします。
- ※ 国民健康保険被保険証のほかに、医療証をお持ちの方は、別途申請が必要になることがあります。
- ※ 必要事項は漏れなく記入し、記入漏れのないようにしてください。
- ※ 被保険者証で治療等ができなかった理由を詳しく具体的に記入してください（「法定伝染病」「生血購入」「補装具」の請求を除く）。

処理欄	審査担当	入力者	受付者				
				受付日	令和 年 月 日		
				入力日	令和 年 月 日		