国民健康保険療養費支給申請書

※空欄部分については記入不要です。

受付

給付割合 (10・9・8・7)

被保険者の記号番号 一般・退職者 (本人・被扶養)		診療を受けた被保険者氏名	
ハチ 123-4567		八戸花子	
傷病名		昭和・平成・令和 50年 4月 5日生	
診療を受けた方 (コルセット等を作成した方) の氏名・生年月日をご記入ください。		療養期間 年 月 日から 年 月 日まで 日間	
発病・負傷 年 月 日		療養に要した費用 円	
診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局その他の名称及び所在地 内丸クリニック 八戸市内丸1-2-34			
診療又は調剤に従事した医師の氏名 診療を受けた病院 (コルセット等を作成した病院) 名等をご記入ください。			
療養の給付を受ける		発病の原因	
		傷病の経過	
		療養の内容	
支払いについては、下記口座に振替してください。			
口座銀行名 青森みちのく銀行・青い森信用金庫 八戸農協・ゆうちょ銀行・その他 ()		本店 店番 内丸支店 123 出張所	口座番号 1234567
預金の種目 ☒ 普通預金 ☐ 当座預金		口座名義人 (カタカナ) ハチノヘ タロウ	
添付書類・備考		第三者行為によるものですか ☐ はい ☒ いいえ	※世帯主名義の口座をご記入ください。
あて 第三者行為 (=他人の行為) により病气やけがをした場合は「はい」にチェックをつけてください。		申請 令和 7 年 1 月 6 日	
住所 八戸市 内丸1-1-1		世帯主の住所・氏名・日中連絡が取れる電話番号を記入してください。	
世帯主 氏名 八戸 太郎		電話 0178 (43) 2111	
診察を受けた方と世帯主のマイナンバーを記入してください。(郵送申請の場合は不要)		窓口へお越しの方 世帯主との続柄	
被保険者個人番号	123456789123	世帯主個人番号	456789123456