

国民健康保険療養費支給申請書

未・完

被保険者	療養を受けた	記号番号	鳥・	生年月日	年 月 日
	氏名			個人番号	

国保資格	未就学児 ・ 一般 ・ 前期（65～69歳 ・ 2割 ・ 3割）・退職（本人 ・ 被扶養）
------	---

療養の給付を受けた医療機関等について	名称	別紙のとおり
	所在地	別紙のとおり
	医師等氏名	別紙のとおり

発病又は負傷の年月	年 月	傷病名	別紙のとおり
-----------	-----	-----	--------

療養期間	年 月 日から	年 月 日まで	（ 日間）
------	---------	---------	-------

療養の給付を受ける事ができなかった理由	
---------------------	--

第三者行為該当（交通事故等）	有 ・ 無	入外区分	入院 ・ 外来
----------------	-------	------	---------

療養内容及び添付書類 (該当箇所○)	()	一般診療（領収書・診療（調剤）報酬明細書）
	()	治療用装具（領収書・医師の証明書・見積書・請求書）
	()	弾性着衣・弾性包帯（領収書・医師の装着指示書）
	()	海外療養費（領収書と領収明細書と診療内容明細書の原本及びそれらの翻訳・調査に係る同意書・渡航期間が確認できるパスポートの写し）
	()	その他の療養（その内容やかかった費用を証明する書類）

鳥栖市長 様

上記のとおり、療養について要した費用に関する書類を添えて療養費の支給を申請します。

年	月	日
---	---	---

世帯主	住所	〒 -
	氏名	
	電話番号	- -
	個人番号	

【振込先口座】

金融機関名	預金種目	口座番号
銀行	1 普通 2 当座 4 貯蓄 9 その他	
金庫		
信用組合		
農協・漁協		
金融機関コード	店舗コード	
フリガナ		
口座名義人		

※通帳又はキャッシュカードの写し等、振込口座情報（金融機関名、支店名、口座番号、口座名義人（カナ））が確認できる書類を添付してください。

市処理欄

療養費支給金額（①－②）					円
療養に要した費用額	円	審査認定額①	円	一部負担金控除額②	円