

様式第4

国民健康保険療養費支給申請書

令和 年 月 日

稲沢市長 殿

世帯主 住 所 稲沢市

(フリガナ)
氏 名

個人番号

電 話

次のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。

被保険者 記号・番号	—	療養を受けた 被保険者氏名	(フリガナ)		世帯主と の 続 柄												
		個 人 番 号															
傷 病 名			療 養 期 間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで													
発病・負傷年月日	令和 年 月 日		傷 病 原 因	☐ 第三者行為 ☐ その他 () ※「第三者行為」の場合、「第三者行為による被害届」を提出してください。													
診療・薬剤の支給又は手当を受け た医療機関等の名称及び所在地																	
診療・調剤又は手当に従事した 医師又は薬剤師等の氏名																	
療養の給付 を受けるこ とができな かった理由	1 業者に装具製作依頼のため	発病の原因					療養に要した費用										
	2 保険資格確認を受けず受診	傷病の経過					円										
	3 海外診療のため 4 生血	療養内容															
	5 小児弱視等の治療用眼鏡等																

受取口座 ※どちらか一方の□にチェック(レ)を 御記入ください	☐ 世帯主の公金受取口座を利用する(マイナポータルに登録口座を利用) ※公金受取口座への振込みを希望し、上記にチェックを入れた場合は、口座 情報の記入を省略できますが、記入があれば、下記口座を優先します。 ※マイナポータルに登録口座が不明な場合は、口座情報を御記入ください。			
	☐ 振込口座を指定する(口座情報を御記入ください)			
口 座 名 義 人 (世 帯 主)	金 融 機 関 名	店 舗 名	種 類	口 座 番 号
(フリガナ)	銀行	店	普 通 当 座	
	農協	支店		
	信金	出張所		

療養に要した 費 用	円	負担金7割 負担金9割 負担金8割	決 定 金 額	円
---------------	---	----------------------	------------	---

資格区分 一般、退職本人、退職扶養、前期高齢者(1割、2割、3割)、未就学児

診療種別 補装具、自費診療、海外診療、生血、小児弱視

本人確認 ☐主☐他 ()

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。 []