

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。

被保険者証の記号番号	—	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	<input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> 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 円
	2 保険証を持参しなかったため	傷病の経過		
	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				

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	
	農協	支店	当座	
	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。

[]