

国民健康保険療養費支給申請書

担当	係長	課長	部長

1 2 3

被保険者証の記号番号	記号	番号	種別	一般 ・ 退本 ・ 退被							
			年齢区分	0～就学前	修学～69	70以上					
療養を受けた被保険者	氏名										
	生年月日		昭和 ・ 平成 ・ 令和				年	月	日		
	世帯主との続柄		本人 ・ 配偶者 ・ その他()								
	個人番号										
診療等を受けた 保険医療機関	(病院名)										
	(所在地)										
	(担当医師等の氏名)										
療養の給付を受けることが できなかった理由	1. 装具作成のため										
	2. はり・灸施術を受けたため										
		3. その他 (具体的に:									
療養に要した費用額(支払った額)				円	給付額			円			
傷病名			発病・負傷年月日		平成・令和			年	月	日	
療養期間	平成・令和		年	月	日	～	平成・令和	年	月	日	
発病の原因			傷病の経過			診療内容					
交通事故等第三者行為の有無			1：有 2：無 (自損事故・疾病等)								
振込先	<input type="checkbox"/>	福岡銀行	(支店)	※その他の金融機関				
	<input type="checkbox"/>	宗像農協	(支店)	銀行・信用金庫				
	<input type="checkbox"/>	西日本シティ銀行	(支店)	農協・労働金庫				
							() 支店				
	口座名義					種別	普通	口座			
	(世帯主・カタナ)					別	当座	番号			
上記のとおり診療に要した費用に関する別紙書類を添えて申請します。											
福津市長宛 令和 年 月 日											
申請者(世帯主)			住所		福津市						
			氏名		印						
			個人番号								
			TEL								
来庁者氏名											

※ 医証等で医療機関の詳細が確認できる場合は該当欄の記載は不要です。

保険税

公費