

外来	外来(高齢者7割)	外来(高齢者8割)	外来(未就学)	一般療養費(外・入)(医・歯・調)	前期高齢者差額
入院	入院(高齢者7割)	入院(高齢者8割)	入院(未就学)	海外療養費(外・入)(医・歯・調)	特別療養費

国民健康保険療養費支給申請書兼請求書

(あて先)

松阪市

次のとおり、療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請(請求)します。

令和 年 月

住所 松阪市

世帯主氏名

〒 ()

被保険者等番号		資格区分	一般	性別	男・女
受診者氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年	月
傷病名		療養期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	
傷病の原因	不詳・交通事故 その他()	傷病の経過	治癒・良好 悪い・不詳	発病・負傷 年月日	年 月 療養内容 別紙のとおり
療養を受けた病院・診療所・薬局などの名称及び所在地	名称 所在地		診療又は調剤に従事した医師、歯科医師又は薬剤師の氏名		
療養の給付を受けることのできなかつた理由			療養に要した費用		円
支給申請額					円
振込先	名義人	フリガナ 氏名 住所	(口座名義人が世帯主以外の場合のみ記入してください。)		
	銀行・信用金庫 農協・漁		本店・支店・出張所		
1. 普通(総合)	店番		口座番号		
2. 当座					

委任欄	療養費の受領に関する一切の権限を下記の者に委任します。 受任者(口座名義人) _____ 印
-----	---

世帯主個人番号					本・代・職 個・通・住・画・他
受診者個人番号					本・代・職 個・通・住・画・他
届出者	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 世帯員 <input type="checkbox"/> 受診者 <input type="checkbox"/> その他	住所(□同上) 氏名() 世帯主との関係			

☆振込先が世帯主以外ときは、委任欄に記入捺印してください。(委任者と受任者の印は別のものを使用してください)

※療養費の申請は診療日の翌日から2年間で時効になります。お手続きはお早めに。

市役所処理欄

本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 住基カード(写真有・無) <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> 手帳(身体・精神・療育) <input type="checkbox"/> 資格確認書(国・国組・後・社) <input type="checkbox"/> 保険証() <input type="checkbox"/> 高証・限度額証 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> その他()	支給決定額		円	受付
	備考				

福祉医療 有 無 案内