

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)

松阪市長

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 日

住 所 松阪市 番地

世帯主氏名 (印) ()

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 日	
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 日 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				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					
		所在地				療養に要した費用				円	
療養の給付を受けることのできなかった理由						支 給 申 請 額				円	
振 込 先	名	フリガナ									
	義 人	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 協				本店・支店・出張所				
	1. 普通(総合) 2. 当座		店 番				口座番号				

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	☐ 世帯主 ☐ 世帯員	住所 (□同上)			
	☐ 受診者 ☐ その他	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	☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 住基カード(写真有・無) ☐ 個人番号カード ☐ 在留カード ☐ 特別永住者証明書 ☐ 手帳(身体・精神・療育) ☐ 保険証(国・後・社・共・介) ☐ 資格確認書 ☐ 高証・限度額証 ☐ 住民票 ☐ その他()	支給決定額	円	受付
		備 考		

福祉医療 ☐有 ☐無 ☐案内