

# 国民健康保険療養費支給申請書

|                                                                                                                                                                                            |                                                                                                           |                                 |                       |             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------|-------------|
| 被保険者証の記号番号                                                                                                                                                                                 | 島3                                                                                                        | ※1 療養を受けた被保険者の氏名又は個人番号、生年月日及び性別 | 男・女<br>日              |             |
| 傷病名                                                                                                                                                                                        |                                                                                                           |                                 | 年 月 日                 |             |
| 発病又は負傷年月日                                                                                                                                                                                  | 年 月 日                                                                                                     | 療養期間                            | 年 月 日から<br>年 月 日まで 日間 |             |
| 診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局その他の者の名称及び所在地                                                                                                                                                     | 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ができなかった理由                                                                                                                                                                       | 傷病の原因                                                                                                     |                                 | 療養に要した費用              |             |
|                                                                                                                                                                                            | 傷病の結果                                                                                                     |                                 | 円                     |             |
|                                                                                                                                                                                            | 療養内容                                                                                                      |                                 |                       |             |
| 医師の意見欄                                                                                                                                                                                     | 傷病名                                                                                                       |                                 |                       |             |
|                                                                                                                                                                                            | 治療上必要な補装具装用についての意見                                                                                        | 治療上必要な事由                        |                       |             |
|                                                                                                                                                                                            |                                                                                                           | 装具の採寸・採型日                       | 年 月 日                 | 左記の日は 入院・外来 |
|                                                                                                                                                                                            |                                                                                                           | 装具を装着した日                        | 年 月 日                 |             |
|                                                                                                                                                                                            |                                                                                                           | 年 月 日                           | 住所                    |             |
|                                                                                                                                                                                            | 医師 氏名                                                                                                     |                                 |                       |             |
| 振込先口座（世帯主）                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。（マイナポータルでの口座登録が済んでいる方のみ選択可）<br><input type="checkbox"/> 下記口座を利用します。 |                                 |                       |             |
|                                                                                                                                                                                            | 銀行・金庫                                                                                                     | 本店<br>支店<br>出張所                 | 普通<br>当座<br>その他       |             |
|                                                                                                                                                                                            | 信組・農協                                                                                                     |                                 |                       |             |
|                                                                                                                                                                                            |                                                                                                           | 口座番号                            |                       |             |
|                                                                                                                                                                                            |                                                                                                           | 口座名義人（カタカナ）                     |                       |             |
| 摘要                                                                                                                                                                                         | ※2 銀行コード                                                                                                  |                                 |                       |             |
|                                                                                                                                                                                            | ※2 口座名義人                                                                                                  |                                 |                       |             |
| 上記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。<br><div style="text-align: center;">年 月 日</div> 申請者 住所 _____<br>（世帯主）<br>※1 氏名又は個人番号 _____<br><div style="text-align: right;">電話 _____</div> 郡山市長 _____ |                                                                                                           |                                 |                       |             |

- 1 ※1欄は、氏名又は個人番号を記入してください。
- 2 ※2欄は、申請者は記入する必要はありません。
- 3 領収書を添付してください。他に添付する必要のある書類は、その都度ご確認ください。
- 4 預金口座は、世帯主義義の口座をご記入ください。

|      |     |          |                                                                                                 |
|------|-----|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 市確認欄 | 受付者 | 個人番号の確認  | <input type="checkbox"/> 個人番号カード・通知カード <input type="checkbox"/> その他( )                          |
|      |     | 申請人の本人確認 | <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他( ) |
|      |     | 代理権の確認   | <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 医療保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他( ) |
|      |     | 代理人氏名等   | 氏名( ) 申請人との関係( )                                                                                |
|      |     | 代理人の本人確認 | <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他( ) |