

# 国民健康保険療養費支給申請書

(あて先) 臼杵市長

年 月 日

申請者  
(世帯主)

住所	臼杵市
氏名	
電話番号	

下記のとおり医療に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。  
また、国民健康保険法に基づく手続きにあたり申請者及び療養を受けた者の個人番号(マイナンバー)が不明な場合は、臼杵市が住民基本台帳から確認することに同意します。

記号番号	-	区分	一般・退職(本人・扶養)
療養を受けた者	世帯主との続柄	生年月日	個人番号(マイナンバー)
口座	銀行 金庫 組合 普通		支店 支所 出張所
	口座番号	口座名義人(カナ)	

(※世帯主と口座名義人が違う場合は、この欄に署名捺印してください。)

上記名義人口座への振込を承諾します。 世帯主氏名

療養を受けた内容(領収書、証明書などを添付してください。)

種別 (該当に○をつけてください)	1. 補装具・輸血	4. 一般診療	<input type="checkbox"/> 入院  <input type="checkbox"/> 外来	保険医療機関	名称	
	2. あんま・マッサージ	5. 海外療養費			住所	
	3. はり・きゅう	6. 移送費			医師氏名	
傷病原因	<input type="checkbox"/> 一般疾病 <input type="checkbox"/> 第三者行為	傷病名	傷病の経過			
発病(負傷)日	年 月 日	療養期間	日間	療養に要した費用		
		年 月 日～	年 月 日	円		

決定点数	費用額	保険者負担分	被保険者負担分	前期公費分	その他公費	支払額
点	円	円	円	円	円	円

区分	→退(本・扶) ア・イ・ウ・エ・オ	高 I・II・一般・一定	国保税	未納 有・無	納税相談 有(窓口)・無
----	----------------------	-----------------	-----	-----------	-----------------