国民健康保険療養費支給申請書

山口市長様　下記のとおり申請します。　　　　　　　　申請日　令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **世帯主**  **氏名** |  | | **被保険者**  **記号・番号** | 山３－ |  |
| **世帯主**  **個人番号** | ―　　　　　― | |
| **世帯主住所** | 山口市 |  | | | |
| **届出者氏名** | ☐ 世帯主の場合はチェック | | **届出者**  **住所** | ☐ 世帯主住所と同じ場合はチェック | |
| **電話番号** | ― 　　　　　　―　　　　　　　(日中つながりやすい電話番号をご記入ください) | | | | |
| **療養を受けた 被保険者氏名** | ☐ 世帯主の場合はチェック | | **個人番号** | ―　　　　　― | |
| **生年月日** | 昭・平・令　　 　　年　　　月　　　日 | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **振込先**  **（世帯主口座）** | |  | | | 銀行  信用金庫　　　　農協　(　　　) | | |  | | | | | 本店(所）  支店(所）  出張所  (　　　) | | | | | **フリガナ** | | |  | | | | | | | | |
| **口　座 名　義** | | |  | | | | | | | | |
| **種目** | | 普通　・　当座 | | | | | | | | **口座番号**  **（ゆうちょ以外）** | | | | | | | | |  | |  |  | |  |  |  |  |
| **ゆうちょ銀行** | | | | | **記号** |  |  | |  | | |  |  | | | | **番号** |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| **委任状**  **※上記口座が世帯主 以外の名義の場合は ご記入ください。** | | **委任者（世帯主）**　氏名  私は、下記の者を代理人と定め、山口市国民健康保険療養費の受給に関する権限を委任します。  **代理人**　　　　　　氏名  　　　　　　　　　住所  ☐ 世帯主住所と同じ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **発病負傷**  **年 月 日** | | 平・令  　　　年　　月　　日 | | | | | | | | **療　養 期　間** | | | | | | 平・令 　　　年　　　月  　　 　日から　　 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、薬局その他の名称及び所在地** | | | | | | | | | | **名　称** | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **所在地** | | | | | | 市・区・町・村 | | | | | | | | | | | | | |
| **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** | | □ 補装具装着  □ 保険証未提示  □ 他健康保険へ返納  □ 海外での療養  □ その他 （　　　　　　　　　　） | | | | | | | | **発病の**  **原　因** | | | | | | □　第三者行為でない  □（　　　　　　　） | | | | | | | | | □　労災  □　第三者行為 | | | | |
| **傷病の**  **経　過** | | | | | | □　治療上装具の装着が必要  □（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| **療　養**  **内　容** | | | | | | 補装具 ・ 診療（医・歯・調）・ 生血輸送  その他（　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| **入院外来区分** | | 入院　・　外来 | | | | | | | |
| **療養に要した 費用の額** | | 円 | | | | | | | | **給　付　額** | | | | | | | | | | | | 円 | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| **事務処理欄** | □ 一般  □ 退職（本）  □ 退職（扶） | | □ 70歳以上  □ 70歳未満  □ 未就学児 | | | □ ア　□ 現役  □ イ　 （Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ）  □ ウ　□ 一般  □ エ　□ 低所得  □ オ　 （Ⅰ・Ⅱ） | | | | | | | | | | | □ ２割  □ ３割 | | | | 滞納の有無　 有 ・ 無  （収納課同意者：　　　 　） | | | | | | | | |
| 過去の支給との重複  　無 ・ 有（　　　 　） | | | | | | | | |