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（　　　 　） |