

# 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 番号・番号		山3-	
	世帯主 個人番号		-	
世帯主住所	山口市			
届出者氏名	<input type="checkbox"/> 世帯主の場合はチェック	届出者 住所	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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																		

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																	
<input type="checkbox"/> 世帯主住所と同じ 住所																		

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 受けなかった 理由	<input type="checkbox"/> 補装具装着	発病の 原因	<input type="checkbox"/> 第三者行為でない	<input type="checkbox"/> 労災
	<input type="checkbox"/> 保険証未提示		<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> 第三者行為
	<input type="checkbox"/> 他健康保険へ返納		傷病の 経過	<input type="checkbox"/> 治療上装具の装着が必要
	<input type="checkbox"/> 海外での療養		<input type="checkbox"/> ( )	
	<input type="checkbox"/> その他 ( )	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	<input type="checkbox"/> 一般	<input type="checkbox"/> 70歳以上	<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> 現役	<input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	滞納の有無 有・無 (収納課同意者: )
	<input type="checkbox"/> 退職(本)	<input type="checkbox"/> 70歳未満	<input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> (I・II・III)		過去の支給との重複 無・有( )
	<input type="checkbox"/> 退職(扶)	<input type="checkbox"/> 未就学児	<input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> 一般		
			<input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> 低所得		
			<input type="checkbox"/> オ <input type="checkbox"/> (I・II)		