

# 国民健康保険療養費支給申請書

令和 年 月 日

阿波市長 様

住 所 阿波市

申請者（世帯主）氏 名

個人番号

電話番号

第三者行為 有 ・ 無					
療養に要した費用	円	00:国 67:退	1:本入 3:未入 5:家入 7:高一入 9:高7入	2:本外 4:未外 6:家外 8:高一外 0:高7外	
診療月	年 月	低I・低II	1:医科 3:歯科 4:調剤	給付割合	
診療実日数	日	3月超	特疾	食事	備考
員番		薬剤一部負担金		一部負担金	
被保険者氏名		被保険者 個人番号			
被保険者 生年月日	年 月 日	世帯主氏名			
保険者名 保険者番号	阿波市 360529	被保険者証 記号 番号	あわ		
療養期間	年 月 日から 年 月 日まで	発病・負傷年月日	年 月 日		
傷 病 名					
診療を受けた病院等の 名称					
医療機関コード	所在地				
療養費の種類	1:一般診療 2:補装具 3:柔道整復 4:アンマ・マッサージ 5:はり・きゅう 6:看護 7:移送 8:その他 9:標準負担額差額				

なお、私の療養費を下記の口座に振り込んでください。ただし、申請者氏名と振込先の名義人が異なる場合については、受領に関する権限を委任したものとします。

口座振込先	銀行	本店・支店	当 ・ 普	番号	名 義 人	
	農協	本所・支所				

<b>※処理欄</b>	個人番号確認	身元確認 (顔写真のない場合は2点)		代理権の確認
	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> ( ) 手帳 <input type="checkbox"/> 医療保険証	<input type="checkbox"/> 年金手帳・証書 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ( )	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本等 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	届出者氏名			続柄