

国民健康保険療養費支給申請書

年 月 日

いわき市長 様

住所
申請者氏名
(世帯主) 個人番号
電話番号 ()

- 注意 1 □のある欄は、該当する箇所にレ印を付けてください。
- 2 担当医師記入欄は、補装具申請の場合に担当医師に記入してもらってください。

被保険者証の記号番号

島8 -----

療養を受けた者の氏名 年 月 日生		被保険者区分 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退職本人 <input type="checkbox"/> 退職被扶養者	
療養を受けた者の個人番号			
療養の区分 <input type="checkbox"/> ①医科 <input type="checkbox"/> ②歯科 <input type="checkbox"/> ③調剤 <input type="checkbox"/> ④補装具 <input type="checkbox"/> ⑤施術 (あんま) <input type="checkbox"/> ⑥施術 (はり・きゅう) <input type="checkbox"/> ⑦施術 (マッサージ) <input type="checkbox"/> ⑧生血 <input type="checkbox"/> ⑨柔道整復			
傷病名 年 月 日発病 (負傷)		傷病の原因 傷病の経過	
療養期間 年 月 日から		年 月 日まで 日間	
療養の内容		療養に要した費用 円	
療養を受けた病院、薬局等の名称		医師、歯科医師又は薬剤師等の氏名	
所在地			
被保険者証又は被保険者資格証明書で診療等を受けられなかった理由			

振込金融機関	金融機関名	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 支所 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 出張所	
	店番号及び口座番号	店番号	口座番号
	口座の種類	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	
	口座名義人	(ふりがな)	

担当医師記入欄	傷病名	補装具を必要と認める理由
	補装具装着年月日 年 月 日 (入院・外来)	
	住所 担当医師 氏名 (印) 年 月 日	

窓口に来られた方

本人確認 口頭確認【家 前 生 本 】

住所	1. 運転免許証	7. 印鑑登録手帳	13. 社員証	従来の個人番号
氏名	2. 旅券	8. 健康保険証	14. 学生証	
	届出人との関係	3. 個人番号カード	9. 介護保険被保険者証	15. その他
	4. 障害者手帳	10. 国民健康保険証		
	5. 在留カード	11. 後期高齢者医療被保険者証		
	6. 療養手帳	12. 年金手帳		