

# 国民健康保険療養費支給申請書

前期高齢・未就学児

3割・2割・1割

被保険者証の記号番号		療養を受けた被保険者の氏名						世帯主との続柄			
福											
生年月日		昭和・平成・令和 年 月 日									
療養を受けた被保険者の個人番号(マイナンバー)											
傷病名		発病又は負傷年月日 (療養開始日・装具装着の意見書日)						平成 年 月 日 令和			
傷病の原因および経過		<input type="checkbox"/> 第三者行為でない <input type="checkbox"/> 第三者行為による <input type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> 通勤途中 <input type="checkbox"/> 工作中(労災) <input type="checkbox"/> 学校等スポーツ共済対象分 本人の故意、闘争、泥酔の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内容 )									
診療を受けた医療機関等		名称				所在地				医師等の氏名	
療養又は診療を受けた期間(弾性着衣は意見書の日付)		平成・令和 年 月 日から				日数		1:外来			
		平成・令和 年 月 日まで				日		2:入院			
療養・診療の内容											
療養の給付を受けることができなかった理由(被保険者証が提示できなかった理由等)											
<input type="checkbox"/> 装具製作業者は保険医療機関でないため											
<input type="checkbox"/> 眼鏡作成業者は保険医療機関でないため											
<input type="checkbox"/> その他 ( )											
療養(診療)に要した費用の額											
上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証明書類を添えて申請します。											
令和 年 月 日											
住所 福知山市											
世帯主氏名											
世帯主個人番号											
電話番号 ( )		-									
福知山市長 様											

この申請書に記載いただいた特定個人情報(福知山市個人情報保護条例(平成16年福知山市条例第22号)第2条第5号に規定する特定個人情報をいう。)は、福知山市国民健康保険事業に係る事務に利用します。

個人番号確認方法	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 個人番号通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 住基 <input type="checkbox"/> その他 ( )										
実存確認方法	写真有(1種類)	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他 ( )									
	写真無(2種類)	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 福祉医療証 <input type="checkbox"/> 聴き取り票 <input type="checkbox"/> その他 ( )									
手続き方法	<input type="checkbox"/> 窓口申請 ( <input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 世帯員 <input type="checkbox"/> 代理人)						<input type="checkbox"/> 郵送による申請				

資格確認	加入区分	一般	退本	退扶	受付者氏名	国保審査委員印
	資格	取得日	昭・平・令	年 月 日		
		給付開始日	昭・平・令	年 月 日		
喪失日	昭・平・令	年 月 日				

医療費 療養(診療)につき算定した費用の額		保険者負担額		患者負担額	
×0.7					
×0.8					
×0.9					
決裁処理	1 支給する	支給金額		円	
	2 支給しない	2の理由			

届出人	住所		
	氏名		世帯主との続柄
	電話番号	(            )	—
	備考欄		