

# 国民健康保険療養費支給申請書

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	
記号	福					番号						
生年月日							昭・平・令 年 月 日					
療養を受けた被保険者の個人番号（マイナンバー） 氏名を記載した場合は不要												
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"/> 右記以外 <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）										
給付を受けることができなかつた理由（被保険者証が提示できなかった理由等）		<input type="checkbox"/> 装具製作者は保険医療機関でないため										
		<input type="checkbox"/> 眼鏡作製業者は保険医療機関でないため										
		<input type="checkbox"/> その他（）										
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)		令和 年 月 日			
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)		令和 年 月 日から			日数			1：外来				
		令和 年 月 日まで			日			2：入院				
療養・診療の内容												
療養（診療）に要した費用の額		円										

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  
 福知山市長 様  
 住 所 福知山市  
 世帯主氏名  
 世帯主個人番号（氏名を記載した場合は不要）  
 電話番号（ ） -

委任の欄	世帯主以外の方が給付金の受領をされる場合に記入してください。	上記療養費の受領を、下記の者に委任します。									
		住所					氏名				
		令和 年 月 日					世帯主				

口座振替 (送金) 依頼	金融機関名							種目	口座番号					
	銀行 信用金庫 農業協同組合							本店 支店 支所	普通 当座					
	フリガナ													
口座名義														
<input type="checkbox"/> マイナポータル等で登録した公金受取口座を利用する。														

この申請書に記載いただいた特定個人情報（行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成25年法律第27号）第2条第8項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。

前期高齢・未就学児		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	
3割・2割		×0.7 ×0.8					
1	支給する	支給金額	円	受付印		国保審査委員印	
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			

※これより下の欄には記入しないでください。

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		
支払方法		<input type="checkbox"/> 口座振込 ( <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 前回口座 <input type="checkbox"/> 公金受取口座) <input type="checkbox"/> 窓口払い		
資格確認	加入区分	一般      退本      退扶		受付者氏名
	資格等	取得日	昭・平・令      年      月      日	
		喪失日	昭・平・令      年      月      日	
		未納	有      ・      無	