様式第15号の(1)(第20条関係)

国民健康保険療養費支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証の記号・番号 | | も | | | 療養を受けた被保険者氏名又は個人番号 | | | |  |  | |  |  |  |  | | |  |  |  |  |  |  | | | 世帯主との続柄 |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 傷病名 | |  | | | 一般・退職被保険者等の別 | | | | 一般 | | | | | | | | | | | | | | | | 退職本人  退職被扶養者 | | |
| 発病又は負傷年月日 | | 年　　月　　日 | | | 療養期間 | | | | 年　　月　　日から  年　　月　　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、薬局その他の者の名称及び所在地 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診療又は調剤に従事した医師、歯科医師又は薬剤師の氏名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 療養の給付又は入院時生活療養費若しくは保険外併用療養費の支給を受けることができなかつた理由 | |  | | 発病の原因 | | |  | | | | | | | | | | | | | | 療養につき算定した費用の額 | | | | | 円 | |
| 傷病の経過 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 療養の内容 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 備考 | |  | | 費用額 | | 円 | | | | | | | | | | 給付額 | | | | | | | | 円 | | | |
| 上記のとおり証拠書類を添えて、支給を受けたく申請します。  　　　　年　　月　　日  　毛呂山町長　あて  個人番号  世帯主　住所  氏名  電話番号  　下記の指定口座に療養費の振込を依頼します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定口座 | □ 公金受取口座への振込を希望します。※左記に✓をつけた場合、下記の振込先指定口座の確認は不要です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 金融機関 | | □銀　　行  □信用金庫  □農　　協 | | | | | | | | 支店 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 預金種別 | | 普通　　当座 | | | | | 口座番号 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 預金名義人 | | (フリガナ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　委任欄(この下の欄は、世帯主と預金名義人が違う場合のみ記入してください。)

|  |  |
| --- | --- |
| 療養費の受領を下記の者に委任します。  世帯主(氏名)　　　　　　　　　 ㊞ | |
| 受領委任者 | (氏名) |