

国民健康保険 療養費支給申請書

久留米市長あて

年 月 日申請

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------------|--|-----------|--|--|-----------|--------------------------|--|--|-------------|--------------------------|--|--|--|
| 療養を受けた被保険者とその内容 | 氏 名 | | | | | | | | | | 被保険者記号・番号 | | | |
| | 生 年 月 日 | | 年 月 日 | | | | | | | | . | | | |
| | 個 人 番 号 | | | | | | | | | | | | | |
| | 被 保 険 者 区 分 | | 就学前 | | | | 70歳以上（1割・2割・3割） | | | | | | | |
| | 入 院 ・ 外 来 の 別 | | 入 院 ・ 外 来 | | | | 交 通 事 故 等 の 第 三 者 行 為 | | | | 有 ・ 無 | | | |
| | 傷 病 名 | | | | | | | | | | | | | |
| | 病 院 診 療 所 薬 局 等 の | 所 在 地 | | | | | | | | | | | | |
| | | 名 称 | | | | | | | | | | | | |
| | 療 養 期 間 又 は 装 着 日 | | 年 月 日 から | | | | 年 月 日 まで | | | | 日 間 | | | |
| 療 養 の 給 付 を 受 け る こ と が で き な か っ た 理 由 | | 1. 現物給付をしていないコルセットを装着したため 2. 小児弱視等の治療用眼鏡等を購入したため 3. 治療用弾性着衣等を装着したため 4. 急病などでやむを得ずマイナ保険証等を持たずに受診したため 5. 資格確認書（特別療養）で受診したため 6. その他（ ） | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 世帯主 | 住 所 | | | | | | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | | | | 電話 | | | |
| | 氏 名 | | | | | | | | | | — | | | |
| | 個 人 番 号 | | | | | | | | | | | | | |
| | 振 込 金 融 機 関 名 と 口 座 番 号 | | 普通 ・ 当 座 | | | | 銀行・信用金庫 農協・信用組合 | | | | 本 店 ・ 支 店 営 業 部 ・ 支 所 | | | |
| | | 口 座 番 号 | | | | | | | | | | | | |
| 療養に要した費用額 | | 支給算定基準額 | | | | 一 部 負 担 額 | | | | 保険者負担額（支給額） | | | | |
| 円 | | 円 | | | | 円 | | | | 円 | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|------|----|-----|----|----|----|----|----|----|-----|----|------|-----|----|------|
| 受付窓口 | | | | | | | | | | | 医療証等 | 受付者 | 口座 | チェック |
| | 本庁 | 田主丸 | 北野 | 城島 | 三瀨 | 耳納 | 筑邦 | 上津 | 高牟礼 | 千歳 | 有・無 | | | |