国民健康保険療養費支給申請書

受付印

下記内訳のとおり申請します。

年　　月　　日

申請者住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（あて先）　三鷹市長

被保険者記号・番号	２７－　　・			世帯主名			
診療を受けた人	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏　名				申請者との続柄		
	住　所						
	診療期間	自 至　　別紙のとおり					
	発病負傷日	別紙のとおり			診療日数	別紙のとおり　日	
	傷病名	別紙のとおり					
	受診した医療機関	別紙のとおり　（　　）			診療科	別紙のとおり	
	受診状態	入院・外来	給付区分	高齢者３割・高齢者２割・未就学児			
	費用額	別紙のとおり　円	うち薬剤一部負担	円	併用公費又は福祉の名称		
	審査認定額	円	交通事故等の第三者行為	有　・　無			
療養の給付を受けることができなかった理由	１．緊急の受診で電子資格確認等により被保険者であることの確認を受けることができなかったため ２．医師の指示による治療用補装具作成のため ３．他保険資格喪失後の受診のため ４．その他（　　）						
振込先	金融機関	銀行・農協 信金・信組		支店	普通 当座 貯蓄		
	名義人	フリガナ					
		氏　名					
		口座番号					
点　数		総医療費		薬剤一部負担金			
負担率		一部負担額		支給額			