

国民健康保険療養費支給申請書

一般	前期	高二	高三	未就
----	----	----	----	----

記号番号	浦国	療養を受けた被保険者の氏名			
療養を受けた被保険者の生年月日	年 月 日	世帯主との続柄		個人番号	
医療機関等の名称	別添のとおり		医師等の氏名		
医療機関等の所在地	別添のとおり				
傷病名	別添のとおり		負傷の原因	第三者行為等・労災の 有 ・ 無	
発病又は負傷の年月日			傷病の経過		
療養期間	～		療養内容	別添のとおり	
	(日間)		療養につき算定した費用の額	円	
療養の給付等を受けることができなかった理由					

振込口座情報（※世帯主義の口座を指定してください。）

金融機関	名称	銀行・農協 信金・()			支店名	名称	支店・本店 出張所			
	コード	※4桁の番号				コード	※3桁の番号			
預金種別	1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄				口座番号					
名義人カナ氏名										
振込口座がゆうちょ銀行の場合は、下記を記入してください。										
ゆうちょ銀行		記号	1				0	※	番号	
※6桁目がある場合に「※欄」に記入してください。										
口座名義人カナ氏名										
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。										

浦添市長 殿 年 月 日

上記のとおり療養に要した費用の証拠書類を添えて申請します。

申請者 (世帯主) 住所

氏名 電話番号

個人番号

届出人 住所

氏名 電話番号

※以下は市役所記入欄

種類コード 01:診療費 02:補装具 03:柔道整復 04:アソマ・マッサージ 05:鍼灸 08:その他 09:海外療養費 10:食事療養費

種類	①療養に要した費用	②計算式 a	③計算式 b	請求金額 ②or③	決定金額
		①×()	①-(円× 回)		
		①×()	①-(円× 回)		
		①×()	①-(円× 回)		
合計					

このとおり 支給 ・ 不支給 を決定してよいでしょうか。

決定年月日	支給金額	千 百 十 万 千 百 十 円	決裁	課長	係長	担当
支給年月日						

備考 申請者の身分確認（運転免許証・マイナンバーカード・その他）