

※太枠内を記入してください
診断書、レセプト明細書 1 枚につき 1 枚ずつ申請書記入をお願いします。

受付印	
-----	--

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証 記号・番号	宇城ー	療養を受けた 被保険者	氏名														
傷病名			個人番号														
			生年月日	昭和・平成・令和			年	月	日								
			入外	入院・外来													
発病又は負傷 の年月日	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てを受けた病院、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、薬剤師の氏名																	
療養費の支給申請をした理由 (被保険者証で診療を受けられなかった具体的な理由) 該当するものに○印をつけてください		1. 医師の指示による治療用補装具作成のため 2. 他保険資格喪失後の受診のため 3. 緊急の受診で保険証を持参することができなかったため 4. その他 ()															
発病又は負傷 の原因	☐ 勤務中又は通勤中の傷病 ☐ 第三者の行為による傷病 (口届出済) ☐ その他		療養に要した費用 円														
備考																	
上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。 令和 年 月 日 宇城市長様																	
住所 宇城市	申請者氏名																
	個人番号																
	世帯主との続柄																
	電話																
世帯主振込先 ※世帯主以外の口座へ振込を希望する場合は、下記の委任欄の記入が必要です	銀行・農協 本店・支店 信金・信組 支所・出張所																
	普通 当座									名義人 (世帯主)	フリガナ						
											漢字						
	ゆうちょ銀行																
療養費の受領に関する権限を委任します。 氏名 (世帯主)																	

※職員 (担当者) 使用欄

種 別	支給決定額
医科・歯科・調剤・補装具・移送・生血・その他	円