

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者 記号・番号				受診時年齢 歳（ ☐ 前期該当）		宛名番号	
被保険者氏名 （患者名）				第三者行為		点数表	
生年月日		年 月 日		☐ なし ☐ あり		☐ 1 医科 ☐ 3 歯科 ☐ 4 調剤	
個人番号				性別		入院・外来	
負傷年月日		年 月 日		☐ 男 ☐ 女		☐ 入院 ☐ 外来	
傷病名				療養に要した費用		円	
療養期間		年 月 日から 年 月 日まで				日間	
病院、診療所、薬局 その他の者の名称及び所在地		名称					
		所在地					
従事した医師、歯科医師 又は薬剤師の氏名							
療養の 給付を 受ける ことが できな かった 理由	1. のため療養取扱期間でない 医療機関等で療養を受けた。			傷病の原因			
	2. のため資格確認に過誤があった。 （喪失後受診、加入前受診）			傷病の経過			
	3. 生血の提供を受けた 4. あんま、マッサージの施術を受ける。 5. 柔道整復師の施術を受ける。 6. 補装具を装着する。 7. 高齢受給者（負担区分 一部負担金）			療養内容			
郡 上 市 長 様							
上記の通り、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。							
なお、支給決定額については、下記の口座へ振り込んでください。							
年 月 日							
〒							
住 所							
世帯主 氏 名							
個人番号							
電 話							

振 込 先	☐ 請求者（郡上市民の場合のみ）の公金受取口座を利用します。（下記の口座情報は、記入不要です。）									
	☐ 下記の口座を指定します。									
	〔金融機関名〕						〔店名〕		口座 種 別	☐ 普 通 ☐ 当 座
	口 座 番 号						フリガナ			
						口 座 名 義 人				