

国民健康保険療養費支給申請書

鹿島市長 松尾勝利 様

令和 年 月 日

住 所 鹿島市 番地

世帯主氏名

個人番号

電話番号

下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。

被保険者記号番号	鹿国保1			
療養を受けた被保険者氏名				
生 年 月 日	昭・平・令	年 月 日		
個 人 番 号				
傷病名	発病(採寸・採型)年月日	令 年 月 日		
診療薬剤の支給又は手当を受けた病院・診療所・薬局・その他の者の名称、所在地	名 称			
	所在地			
診療又は調剤に従事した医師・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				
第三者行為(交通事故等)		有 ・ 無		
振込先	金 融 機 関	種 目	口 座 番 号	
	銀行・農協 金庫 信用組合	本店・支店 支所 出張所	1. 普通預金 2. 当座預金 3. その他	
	(フリガナ)			
	口座名義人			

【市記入欄】

個人番号確認方法 (右記____番で確認)	①個人番号カード ②個人番号通知 ③個人番号が記載された住民票の写し等の証明書 ④職員が住基で確認
--------------------------	--

上記のものについて、下記により決定してよろしいか。

決 裁	課 長	課長補佐	係 長	主 査	担 当	受 付

審査決定点数	単 価	療養の給付相当額	一部負担金額	支給決定額
点	円	円	円	円
摘要欄	(一部負担割合) <input type="checkbox"/> 一般 3割 <input type="checkbox"/> 高齢受給者 【 <input type="checkbox"/> 3割(上位所得者) <input type="checkbox"/> 2割 】 <input type="checkbox"/> 未就学児 2割			