

養老町国民健康保険
 特例療養費
 特別療養費
 療養費
 支給申請書

被保険者(等)の記号・番号		療養を受けた被保険者氏名		一般・退職の別
傷病名		個人番号		・一般 ・退職本人 ・退職被扶養者
発病・負傷年月日	平成・令和 年 月 日	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
傷病の原因	<input type="checkbox"/> 第三者行為(交通事故等) <input type="checkbox"/> 業務上の災害(通勤災害等) <input type="checkbox"/> その他(自損事故・疾病等)	区分	本人・家族・高齢者・未就学	給付割合
療養の期間		療養期間	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで (日間)	
診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局その他の名称及び所在地				
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出来なかった理由	1. ()のため保険医療機関等でない医療機関で療養等の給付を受けた。	傷病の経過		
	2. ()のため被保険者証等を提示しなかった。	療養内容		
	3. 生血の提示を受けた。 4. あんま、マッサージの施術を受けた。 5. 柔道整復の施術を受けた。 6. 補装具を装着した。 7. ()のため退職被保険者証を提示しなかった。	療養につき算定した費用の額(特例療養費の場合支払った一部負担金の額) 円		
<input type="checkbox"/> 世帯主の公金受取口座を利用します。 ※給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、上記の「 <input type="checkbox"/> 世帯主の公金受取口座を利用します。」にチェック(✓)してください。 ※公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記載は不要です。				
口座振込先	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所 支所	普通・当座	口座番号 口座名義人(フリガナ)
上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。 年 月 日 請求者 世帯主又は療養を受けた方 住所 養老町 番地 氏名 ⑨ 電話 —				
養老町長 様				

審査項目	費用額 円	一部負担金 円	支給決定額 円
------	-------	---------	---------

※ 療養費ご請求に伴い、国民健康保険税に未納がある世帯の方は、保険税への一部充当及び納税相談等をさせていただきます。

国民健康保険担当 処理項目
(事務処理後にチェックしてください)

収納状況	電算処理	財務会計	担当印
完納			
未納			