

様式第2号 (第4条関係)

| 国民健康保険療養費支給申請書 | | | | | | | | | | |
|-------------------------|--|--------|-----------------|---------------|-------|----------|----------|---|---|--|
| 田舎館村長 様 | | | | | | | 年 | 月 | 日 | |
| 下記のとおり申請します。 | | | | | | | 電話 | — | — | |
| 申請者(世帯主) | (住所) | | | | | | | | | |
| 住所・氏名 | (氏名) | | | | | | | | | |
| 記号・番号 | 申請者の個人番号 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 療養を受けた被保険者の氏名・生年月日 | 療養を受けた被保険者の個人番号 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | 年 | 月 | 日 | 発病負傷年月日 | | | | | | |
| 傷病名 | | | | | | 療養に要した費用 | 円 | | | |
| 発病又は負傷の理由 | 1: 第三者行為 (交通事故・傷害事件等) | | | | | 療養期間 | 年 月 日から | | | |
| | 2: 業務上の災害 (通勤災害等) | | | | | | 年 月 日まで | | | |
| | 3: その他 (自損事故・疾病等) | | | | | | 日間 | | | |
| 傷病の経過 (入院の有無) | (入院あり・外来のみ) | | | | | 療養内容 | | | | |
| 診療を受けた病院等の所在地及び名称 | (所在地) | | | | | | | | | |
| | (名称) | | | | | | | | | |
| 診療に従事した医師等の氏名 | | | | 療養費支給申請の理由 | | | | | | |
| 振込先口座情報 | <<口座情報記入欄>> <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する (利用する方は下記口座情報の記入不要。世帯主以外の口座の場合は、下記の受領委任欄の記入が必要です。) | | | | | | | | | |
| | 口座名義人 (氏名) | | | 世帯主・世帯主以外 () | | | | | | |
| | 名義人個人番号 | | | | | | | | | |
| | ※ 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録することができ、通帳等の写しの提出が不要となります。 | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する (下記口座情報を記入。世帯主以外の口座の場合は、下記の受領委任欄の記入が必要です。) | | | | | | | | | |
| 銀行 信用金庫 農協 () | | | 本店 支店 () | | | | 普通 当座 | | | |
| 口座名義 (カナ) | | | | 口座番号 (左詰め) | | | | | | |
| 受領委任欄 | 支給決定額の受領を、住所 氏名 に委任します。 世帯主氏名 (署名又は記名押印) | | | | | | | | | |
| | 審査決定額 |円 | | | 支給決定額 | 7割 |円 | | | |
| | | | 8割 | | | | | | | |
| | | | 10割 | | | | | | | |