

医療機関等コード

国民健康保険 療養費支給申請書

Table with columns for 制度別 (General/Retired), 本人・家族 (本人入院, 本人外来, etc.), and 給付割合 (7割, 8割, 9割).

支給期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

保険者番号 2 5 0 0 1 9 業務上・外、第三者行為の有無 1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他

保険者名 大津市 所在地 大津市御陵町3-1 被保険者記号・番号 滋大

療養を受けた被保険者(受給者)の氏名、性別、生年月日 氏名 性別 男・女・( ) 生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日 個人番号

海外療養費区分 1 長期高額疾病区分 1 所得区分等 1. 低所得Ⅰ 2. 低所得Ⅱ 3. 3月超

Table with columns for 種類 (1. 診療費, 2. 補装具, 4. あんまマッサージ, 5. はり・灸, 7. 移送, 8. その他).

Table for 療養(医療)に要した費用 with columns for 日数, 金額, 薬剤一部負担金, 一部負担金.

Table for 食事(生活)療養費 with columns for 回数, 金額, 標準負担額, \* 返戻.

傷病名

疾病又は負傷の 原因 経過 年月日 昭和・平成・令和 年 月 日 治癒・繰越・転医・中止・死亡

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できなかった理由

上記のとおり療養(医療)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。 令和 年 月 日 世帯主 (申請者) 住所 電話番号 氏名 (あて先) 大津市長

振込方法 (右記よりご選択ください)  世帯主の公金受取口座を利用する(利用者は、以下の口座記載は不要です。)  振込口座を指定する

Table for 振込先 金融機関の名称等, 銀行, 本店支店出張所, 預金の種類, 口座番号, 口座名義人(カタカナ).

委任欄 別世帯の方が口座名義人の場合は、下記委任欄を必ずご記入ください。 令和 年 月 日 療養費の受領については、上記の者に委任します。 氏名

国保法第54条 備考

(注意事項) 療養費の請求権は、2年の時効により消滅します。(法第百十条) 保険料に未納がある場合は、窓口支給となる場合があります。

Table with columns for 受付者, 収納確認欄, 振込先確認欄.