

富士市国民健康保険
(一般・海外)療養費支給申請書

令和 年 月 日

富士市長

世帯主	住所	富士市					
	氏名				電話		
申請に来た人	住所						
	氏名				電話		
	個人番号						
	世帯主との関係	①本人 ②家族() ③その他()					

療養費の支給を受けたいので、申請いたします。

療養を受けた者	被保険者番号							資格	一般・退職本人・退職被扶養		
	フリガナ							区分	I. 就学前 II. 就学児～64歳		
	氏名								III. 65～69歳 IV. 70～74歳(割)		
	個人番号							療養内容	1. 一般(入院・外来)		
	生年月日	昭・平・令	年	月	日	5. 海外(医科・歯科・調剤)					
	性別・続柄	男・女	続柄:								
傷病名							医療機関コード				
発病又は負傷年月日	平成・令和 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	所在地			
傷病の原因及び経過								名称			
療養の給付を受けることができなかった理由							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				
							療養期間及び日数	年 月 日 から	日間		
								年 月 日 まで			

振込先	金融機関コード							審査決定点数及び金額	点	
	金融機関名	銀行 金庫 農協 支店						(上限:	円)	
	口座番号(右つめ)						普通・当座	療養に要した費用(領収書)	円	
	口座名義人(世帯主)	カタカナ						本人負担額(一部負担金)	割	円
								支給決定額	円	
								【うち 国保負担: 円】		
								【 指定公費: 円】		
	注) 世帯主以外の口座は委任状添付						支給決定日	令和 年 月 日		

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 受付者 </div>	保険税照合 <input type="checkbox"/> 完・未 ⇒ [充当] 有・無	第三者行為 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/>	充当入力 <input type="checkbox"/>	過去の支給履歴 <input type="checkbox"/>
---	---	---	-------------------------------	----------------------------------

※ 国保税が未納の方については、支給額の全部または一部が国保税に充当されることもあります。