

国民健康保険療養費支給申請書

(宛先)鎌倉市長		申請内容等についてご連絡 する場合がありますので 日中連絡のつく電話番号を ご記入ください。		令和 年 月 日 住所 鎌倉市御成町1.8番1.0号 世帯主 氏名 鎌倉 太郎 (印) 電話 0467 (23)3000 個人番号 (マイナンバー番号12桁)	
次のとおり、療養に要した費用に関する証 拠書類を添えて申請します。		<input checked="" type="checkbox"/> この診療は、第三者行為（事故・喧嘩等）によるものではありません。			
被保険者証の 記号・番号	05-12345678	被保険者氏名 鎌倉 太郎		世帯主 との 続柄	本人
発病・負傷 年 月 日	別紙のとおり	生年月日 S30年1月1日	個人 番号	(マイナンバー番号12桁)	
傷病名	別紙のとおり	療養期間	年 月 日から		
対象者区分	<input type="checkbox"/> 一般被保険者 <input type="checkbox"/> 退職被保険者本人 <input type="checkbox"/> 退職被保険者家族	<input type="checkbox"/> 就学時前 <input type="checkbox"/> 65~69歳 <input type="checkbox"/> 高齢一般 <input type="checkbox"/> 高齢一定以上	<input type="checkbox"/> 乳児 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> ひとり親		
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	(病院名) ※複数医療機関の場合、「別紙のとおり」でも可				
診療又は、調剤に従事した医師、歯科医師及び薬剤師の氏名	(医師の名前) ※複数名、または不明の場合「別紙のとおり」でも可				
療養の給付を受けることができなかった理由	海外医療機関での受診のため				
発病の原因	療養の内容		別紙のとおり		
傷病の経過	療養に要した費用		(医療適用内の領収書金額) 円		
審査決定金額	円	支給金額 7・8・9・10割	円		
次のとおり決定してよいでしょうか。(伺い)	課長	課長補佐	係長	係	担当
区分	<input type="checkbox"/> 承認します <input type="checkbox"/> 承認しません (理由)		起案	決裁	承認番号
受付	審査依頼	審査終了受付	支給	世帯主の口座情報を 記入してください。	
口座振込	鎌倉 銀行 鎌倉 本店 支店		<input checked="" type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金		
	口座番号 1234567		口座名義(カタカナ) カマクラ タロウ		

必ずご捺印ください。