

# 国民健康保険療養費支給申請書兼請求書

※太枠の中をご記入ください

保険証記号番号	中津		個人番号							
患者氏名		男女	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日			
資格種別	一般・退本・退扶・高齢者		傷病名							
発病の原因			発病・負傷年月日	年	月	日				
療養期間	年 月 日から		年 月 日まで	日間						
医療機関の所在地及び名称 医師の氏名	別紙、医師の診断書又は領収書に記載									
療養の給付を受け ることが出来な かった理由	(1) 治療用装具装着のため (2) 被保険者証を提示していないため (3) その他( )									
療養内容	コルセット	療養費	移送費	その他( )						
自己負担	割	円	診療費用額	円						
保険者負担	割	円	請求額	円						
備考										
振込先 (世帯主名義)	銀行コード( )			店番( )						
	銀行 信金			支店						
	農協 信組			出張所/代理店						
	口座番号			口座名義(カタカナ)						
上記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、請求します。										
令和 年 月 日										
住所 中津市										
(世帯主) フリガナ										
氏名 印										
個人番号										
電話										
住所										
(申請者) フリガナ										
世帯主本人の 場合は不要										
氏名 印										
電話										
中津市長 あて										
同一世帯でない場合は関係を確認( )										

受付

