

国民健康保険 療養費（及び移送費）支給申請書兼請求書

大山崎町長 様

下記のとおり申請、請求します。支給決定額の受領に関する権限を口座名義人に委任するとともに、下記口座に振込みを依頼します。

申請請求日	令和 年 月 日	本人確認	免・証・パ・住・他（ ）			
申請者 請求者 (世帯主)	住 所	大山崎町字				
	氏 名	(フリガナ)		個人番号		
		印			町記入欄	
電話番号	— —	被保険者 番 号	崎 —			
療 養 を 受けた方	氏 名	(フリガナ)		個人番号		
		<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ		町記入欄		
	生年月日	年 月 日	受診時 の年齢	歳	世 帯 主 との続柄	
	氏 名	(フリガナ)		個人番号		
		印			町記入欄	
生年月日	年 月 日	受診時 の年齢	歳	世 帯 主 との続柄		
療 養 の 内 容	受診年月	平成 年 月 診療分 令和	傷病等 の原因	第三者の行為（交通事故等）ですか		
	入外区分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	<input type="checkbox"/> 柔道整復 <input type="checkbox"/> 診療費（一般）（添付書類）領収書、レセプト 保険証が提示できなかった理由 [] <input type="checkbox"/> 診療費（海外）（添付書類）パスポート、formA・B・C、翻訳文、同意書 診療の内容 [] <input type="checkbox"/> 治療用装具（添付書類）医師の意見書・装着証明書、領収書 <input type="checkbox"/> あんま・マッサージ <input type="checkbox"/> はり・きゅう <input type="checkbox"/> 移送費 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
振 込 先	金 融 機 関 名	銀 行 農 協 信 用 金 庫		金融機関 コ ー ド		
	支 店 名	支 店 出 張 所		支 店 コ ー ド		
	口 座 名 義 人	(カタカナ)		口座番号		
	預金種別	普通 ・ 当座 ・ 貯蓄				
福祉医療制度の利用	福祉医療制度（子育て、ひとり親、老人、障害等）を利用していますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒福祉課で所要の手続きを確認					
領収書	<input type="checkbox"/> 医療機関発行の領収書 領収書の返却を希望 <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> 来庁（当月分の支給決定通知書を発送後に返却） <input type="checkbox"/> 返信用封筒（切手を貼ったものを用意）					
摘要					受付	