

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

本申請に必要な国民健康保険加入者全員の町民税課税状況に関する調査を行うことを承諾し、下記のとおり申請します。なお、支給決定のうちは支給決定額を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		
					町記入欄
電話番号	— —	被保険者番号	崎一		
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
療養の 内容	傷病等の原因	<p style="color: red;">◆通勤中や職務中の傷病による受診ですか。 <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p style="color: red;">※通勤中や職務中の傷病の場合は、労災申請ができるかどうかをご確認ください。</p> <p style="color: red;">◆交通事故など第三者行為による受診ですか。 <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p style="color: red;">※受診した傷病の原因が交通事故など第三者行為の場合は、別途申請が必要です。</p>			
	受診年月	令和 年 月	診療分	入外区分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来
	<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、f o r m A・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・はり・きゅう <input type="checkbox"/> 移送費 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
振込先 (世帯主名義)	金融機関名	銀行 協同 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)		預金種別	普通
	口座番号				
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				
高額療養費該当の有無	本申請の自己負担分を含め、対象の診療月において高額療養費が発生しますか。 <input type="checkbox"/> いいえ / <input type="checkbox"/> はい ⇒ 高額療養費の申請ができます				
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
<input type="checkbox"/> 受付時に保険税の収納確認を行った <input type="checkbox"/> 原本は受付印押印のうえ返却（ 月 日）					