

唐津市国民健康保険療養費支給申請書

被保険者記号・番号		療養を受けた被保険者氏名	(昭・平・令 年 月 日生)																
療養を受けた被保険者の個人番号																			
法制	一般被保険者 ・ 退職被保険者(本人) ・ 退職被保険者(被扶)																		
負担区分	未就学児 ・ 70歳未満 ・ 高齢(2割) ・ 高齢(現役並み)																		
世帯課税	上位(ア・イ)一般(ウ・エ)非課税(オ)	高齢課税	現役(I・II・III)・一般・低(I・II)																
傷病名		療養期間	年 月 日から																
発病・負傷の年月日	年 月 日		年 月 日まで 日間																
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、従事した医師等の氏名	名 称																		
	所 在 地																		
	医師等の氏名																		
療養の給付を受けることができなかった理由	発病の		療養内																
	原因		容																
	傷病の		療養に要																
	経過		した費用	円															
入外区分	入院 ・ 外来	第三者行為 該当の有無	有 ・ 無																
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する (利用する場合は、口座情報の記入不要) <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する																			
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center;">銀行</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">本店</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">預金種別</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">金庫</td> <td style="text-align: center;">支店</td> <td style="text-align: center;">1 普通</td> <td style="text-align: center;">2 当座</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">.....農協・漁協</td> <td style="text-align: center;">支所・出張所</td> <td style="text-align: center;">3 貯蓄</td> <td style="text-align: center;">4 その他</td> <td></td> </tr> </table>					銀行	本店	預金種別			金庫	支店	1 普通	2 当座	農協・漁協	支所・出張所	3 貯蓄	4 その他	
銀行	本店	預金種別																	
金庫	支店	1 普通	2 当座																
.....農協・漁協	支所・出張所	3 貯蓄	4 その他																
口座番号		フリガナ 名 義 人																	
<p>【委任状】 私は、本申請に基づく療養費の受領に関する権限を代理人に委任します。</p> <p style="text-align: center;">世帯主 氏名 _____ (印)</p> <p style="text-align: center;">代理人 氏名 _____</p> <p style="text-align: center;">個人番号 </p> <p style="text-align: center;">※ 公金受取口座利用の場合のみ個人番号記載</p>																			
<p>上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>唐津市長 様 住所</p> <p style="text-align: center;">世帯主 氏名 _____</p> <p style="text-align: center;">個人番号 </p> <p style="text-align: center;">電話 _____</p>																			

療 養 費 支 給 決 定 伺

受 付	令和 年 月 日	番 号	第 号
資格確認	昭・平・令 年 月 日	支給方法	口座振込 ・ 窓口支払
支 給 額	療養に要した費用額	円	
	一部負担金控除額	円 (割負担)	
	支給決定額	円	