供覧	課　長	係　長	係

No.	

国民健康保険療養費支給申請書兼請求書

治療を受けた被保険者氏名		個人番号	
生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日	年　齢	歳
世帯主との続柄	本人・配偶者・子・その他（　　）	被保険者証記号番号	枕　国　保
傷　病　名	別紙記載のとおり	診療内容	別紙記載のとおり
薬剤の支給または手当を受けた病院，診療所薬局その他の者の名称および所在地		名　称	
		所在地	
第三者行為によるものですか	□　はい　　□　いいえ		

療養費申請理由	1　治療用装具（　　）を装着したため。 2　急病等により被保険者証の提示ができなかったため。 3　新規に国保に加入する人で被保険者証を作成する手続き中に診療を受けたため。 ○ 治療期間　令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日 ○ 被保険者証交付年月日　令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日 4　看護料 5　その他（　　）
診療薬剤の支給または手当を受けた費用額	円
療養費支給決定金額	1　一般７割　2　高齢者８割　3　高齢者７割　4　未就学８割　　円

振込先		□ 銀　行 □ 信用金庫 □ 信用組合 □ 農業協同組合 （　　）		□ 本　店 □ 支　店 □ 支　所 （　　）	預金種別	□ 普　通 □ 当　座 （　　）
	口座番号					
	フリガナ 口座名義人					

令和　　年　　月　　日

枕崎市長　殿

申請者及び請求者（世帯主）

〒　　―

住　所　　枕崎市　　番地

氏　名

連絡先　（電話　　―　　―　　）