

療養費種別	
医科	
歯科	
調剤	
装具	
施術	
臓器等移送	
海外	
その他	

国民健康保険療養費・特別療養費支給申請書

<input type="checkbox"/> 支給決定	この申請書は右のとおり支給額を決定し、支給するものとする。	審査決定金額 円
<input type="checkbox"/> 不支給決定	この申請書は別紙の理由により不支給とし、申請人(世帯主)あて通知するものとする。	支給金額 円

支給区分	一般	高齢2割	高齢3割	未就学児	前期
公費	原爆	重度	子ども医療	ひとり親	その他
被保険者記号・番号	垣国		傷病の原因	<input type="checkbox"/> 通勤途中・仕事上の負傷(労災) <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 第三者による傷害 <input type="checkbox"/> その他	
個人番号					
療養を受けた被保険者氏名			発病・負傷の年月日	年 月 日	
生年月日	年 月 日		療養の期間	年 月 日から 年 月 日まで (日間)	
世帯主との続柄		性別		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	
療養の給付を受けることができなかった理由	1 国保加入手続き前に受診したため 2 緊急その他やむを得ない理由によりで資格確認書等を持参していなかったため 3 治療用装具を作成したため 4 他保険資格喪失後受診のため 5 資格確認書(特別療養)による受診のため 6 その他()				
療養に要した費用	円		医療機関等名		
病院、診療所、薬局等の名称及び所在地、医師名、傷病名等、療養内容等は別添書類のとおり。					
支払いを希望する金融機関・口座番号・口座名義人	金融機関名	銀行・信金・労金		本店	
	口座番号	普通	当座	支店	
	口座名義人(カタカナで)				
委任欄	※世帯主と口座名義人が違う場合は、この欄に署名してください。 上記名義人口座への振込を承諾します。 世帯主氏名				
上記のとおり療養(施術)に要した費用の支給について、証拠書類(領収書等)を添えて申請します。 年 月 日					
【世帯主】	住所 _____		【申請人】	住所 _____	
	氏名 _____			氏名 _____	
	電話番号 _____			電話番号 _____	
	個人番号 _____			世帯主との続柄 _____	
石垣市長様					

【注意事項】

- 傷病が第三者(加害者)の行為によるものであるときは、第三者行為による傷病届(様式第5号)を添付します。
- 療養費・特別療養費の支給は、申請後、約2か月～3か月かかります。

【同意事項】

支給時に保険税の滞納(未納)がある場合は充当します。

確認欄	資格	納税状況