様式第１１号(第１２条関係)

国民健康保険療養費支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ①被保険者記号番号 | | | ②療養を受けた  被保険者氏名 | | | | ③個人番号 | | | | | | | | | | | |
| み浜　Ａ | | |  | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ④発病、負傷年月日 | 年　　月　　日 | | | | ⑤療養期間 | | 年　　月　　日から  年　　月　　日まで　　日間 | | | | | | | | | | | |
| ⑥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 | | | | 名称 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | |  | | | | | | | | | | | | |
| ⑦資格確認書等を提出しなかった理由 | | | | | | ⑧⑤の療養期間に算定した費用額 | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | |
| ⑨備考 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり申請します。  七ケ浜町長　　　殿  （年月日）　　　　年　　月　　日（℡　　　-　　　　　　　）  （世帯主住所）　　七ケ浜町  （世帯主氏名）   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   （個人番号） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 銀行口座振込依頼書  私が七ケ浜町から受領する療養費は下記口座に振込願います。 | | | | | | | | | |
| 金融機関名 | 1.　　　　　　　銀行  2.　　　　　　　金庫　　　　　　　　支店  3.　宮城県漁協　　　　　　　　支所  4.　仙台農業協同組合　　　　　　　　本所 | | | | | | | | |
| 種目 | 普通預金・当座預金 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義人 |  | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* 公金受取口座を利用します

□子ども医療該当　　□重度心身医療該当　　□ひとり親医療該当

添付書類

|  |  |
| --- | --- |
| 他保険の資格確認書等を使った場合 | ・返還した医療費の領収書  ・返還した保険者から交付を受けた診療報酬明細書  ・振込口座が確認できるもの |
| 自費で診療を受けた場合 | ・診療に要した費用の領収書  ・振込口座が確認できるもの |

※療養を受けた被保険者の氏名または個人番号を記載

申請者以外の口座に振り込みをご希望される場合は、以下の委任状にご記入ください。

委任状

私（申請者）は、本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。

　　　　　年　　月　　日

委任者　　　　住　所

（申請者）　　氏　名

受任者　　　　住　所

（代理人）　　氏　名

　　　　　　　連絡先　　☎　　　　-　　　　-