

国民健康保険 療養費支給申請書

*太枠内をご記入ください。訂正する場合は修正テープ等を使わず、訂正箇所にも二重線を引いて書き直してください。

被保険者番号	豊国	
療養を受けた被保険者	氏名	
	生年月日	昭和・平成・令和・西暦 年 月 日
	個人番号	
世帯主との続柄	本人・夫・妻・子・その他()	
療養を受けた医療機関等の名称		入院・外来
傷病名		
療養を受けた期間	年 月 日 から 年 月 日 まで (日間)	
療養の給付を受けることができなかった理由	<input type="checkbox"/> 補装具 <input type="checkbox"/> 海外療養費 <input type="checkbox"/> その他()	
第三者行為(交通事故等)による療養の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
療養に要した費用	円	

(あて先) 豊中市長

関係書類を添えて療養費の支給を申請します。

あわせて、以下の口座への振込を依頼します。

申請者(国保の世帯主)

年 月 日

住所 豊中市

氏名

個人番号

電話番号

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号					
	金融機関コード	支店コード	1. 普通 2. 当座 3. その他 ()						
	口座名義人(カタカナ)								

市 記 入 欄	総費用額	円
	一部負担金	円
	他公費分	円
		円
	支給決定額	円
	現Ⅲ 現Ⅱ 現Ⅰ 一般 非Ⅱ 非Ⅰ ア イ ウ エ オ	
	就学前2割 高齢2割 高齢3割 () 80 82 86	
受診時年齢:	公費受給者番号:	

受付印

受付者