R1.5以降用

給国療③

国民健康保険　療養費支給申請書（一般・退職）

被保険者番号	豊　国	ー
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 ・ 妻 ・ 子 ・ その他（　　）
療養を受けた病院等の名称		
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出来なかった理由		□ 補装具　□ 海外療養費 □ その他（　　）
第三者行為（交通事故等）による療養の有無		□ 有　□ 無
療養に要した費用		円

＊太枠内をご記入ください。

（あて先） 豊中市長

上記のとおり関係書類を添えて療養費の支給を申請します。
あわせて、下記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　　印　　個人番号

電話

口座振込依頼欄				
銀行 信金 信組	本店 支店 出張所	種目	口座番号	
金融機関コード	店舗コード	1. 普通 2. 当座 3. 他（　）		
口座名義人 （カタカナでご記入ください）				

市記入欄		
決定費用額	円	
一部負担金	円	
国保優先分	円	
	円	
支給決定額	円	
高齢1割　高齢2割　高齢3割　一部　80　82　86		

受付印
受付者