R3.4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	1 2 3 4 5 6 7
療養を受けた被保険者	氏名	豊中　花子
	生年月日	昭和・平成・令和・西暦　元　年　5　月　1　日
世		妻・子・その他（　　）
療養を受けた病院等の名称		○○病院
傷病名		虫垂炎
療養を		から　R3 年 3 月 1 日　まで（1 日間）
療養の給付出来なかった理由		□　海外療養費 ☑　その他（旅行先で被保険者証不所持のため）
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		円

治療を受けた方の氏名等をご記入ください

保険証忘れ等で10割支払の場合は、傷病名を記入ください

相手のある交通事故や傷害の場合は「有」
自損事故やケガ、疾病の場合は「無」

＊太枠内をご

（あて先）豊中

上記の　　支給

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）

住所　豊中市　中桜塚 3 丁目 1 番

氏名　豊中　太郎　　個人番号

電話　06-6858-2525

住所・氏名・連絡先電話番号の記入をお願いします。

口座振込依頼欄				
豊中　銀行・信金・信組	豊中　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. その他	0 1 2 3 4 5 6	
口座名義人（カタカナでご記入ください）		トヨナカ　タロウ		

世帯主、もしくは被保険者の方の振込先をご記入ください

記入欄		
		円
		円
	国保後期分	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