

# 国民健康保険 療養費 支給申請書

別府市長 あて

下記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請いたします。

記号番号	べっふ										申請日	令和 年 月 日			
療養を受けた被保険者氏名 生年月日	昭・平・令 年 月 日										世帯主との続柄	所得区分		所得区分	
												上位1・上位2 一般1・一般2 非課税		現Ⅲ・現Ⅱ・現Ⅰ 一般・低Ⅱ・低Ⅰ	
個人番号											給付割合	割			
保種	1 一般 4 退職 (本人・扶養)	入外	入院 外来	傷病名							療養期間 ・補装具の必要 を認めた日	年 月 日から 年 月 日まで 日間			
1 本人入院                      7 高齢者8割入院 2 本人入院外                  8 高齢者8割入院外 3 未就学児入院                9 高齢者7割入院 4 未就学児入院外              10 高齢者7割入院外 5 家族入院 6 家族入院外				1 一般診療 (医科・歯科・調剤) 2 補装具 4 あんま・マッサージ 5 はり・きゆう 7 移送                              10 生血 8 その他 (海外・眼鏡・弾性着衣等)				療養給付を受けることができなかった理由							
								病院等で支払った金額							
								円							
診療、薬剤の支給、 又は手当てを受けた 病院、診療所、薬局 その他の者の名称		病院		薬局		日数		療養に 要した 費用		総医療額 (10割)		円			
										支給額 ( 割)		円			
										一部負担額 ( 割)		円			
振込 口座	銀行 金庫 組合 農協		支店		口座番号 ( 1 普通 2 当座 )						口座名義人(カタカナ)				
	コード		コード												
(申請人)		住所													
<input type="checkbox"/> 世帯主		氏名													
<input type="checkbox"/> 相続人代表		電話		個人番号											

●相続人代表の申請の場合はこちらも記入してください。

被保険者の死亡年月日		死亡者との続柄
------------	--	---------

この場合、相続人代表と死亡者の関係のわかる戸籍謄本等を添付してください。(同世帯は不要)

※特別な事情により世帯主または相続人代表以外の口座に振込みを依頼する場合はご記入ください。

委任状	上記により支給される金額の受領を次の者に委任します。										委任者氏名 (世帯主 または 相続人代表)			
	受任者	住所								(印)				
		氏名								世帯主または相続人代表との関係( )				

第三者行為	有・無	番号法上の身元確認	有・無
-------	-----	-----------	-----