

# 国民健康保険療養費支給申請書

(平・令 年 月診療分)

【第三者行為の有無 / 有・無】

高1  
高2  
高3

被 保 険 者 号 記 号 ・ 番 号	函			世帯主の 続 柄		重・ひ親・子	一般	
療 養 を 受 け た 被 保 険 者 氏 名				個人番号				退本
				生年月日	昭・平・令	年 月 日	退扶	
傷 病 名				療養 期間	平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで 日間			
発 病 , 負 傷 年 月 日	平 ・ 令 年 月 日							
診療, 薬剤の支給または手当を受けた病院, 診療所 薬局その他の者の名称所在地および診療または調剤 に従事した医師, 歯科医師または薬剤師の氏名				名 称				
				所 在 地				
				氏 名				
療養の給 付を受け ることが できなか った理由	1 装具を装着したため。(入院・外来)		3 はり, きゅうの施術を受けたため。					
	2 あんま, マッサージの施術を受けたため。		4 その他					
	(その他の場合の理由)							
	_____ _____ _____							
発 病 の 原 因	不 詳	傷 病 の 経 過	治 ゆ ・ 繰 越 死 亡 ・ 中 止	療 養 の 内 容				
備 考				療 養 に 要 し た 費 用 額	円			
振込みを希望する 場合の金融機関	銀行	店番号		口座 番号	普通 当座			
	金庫		本 店					
	組合		支					
窓 口 で の 受 取 り を 希 望 す る 場 合 の 受 取 場 所	1 市役所会計課 2 湯川支所 3 銭亀沢支所 4 亀田支所 5 戸井支所 6 恵山支所 7 椴法華支所 8 南茅部支所							
上記のとおり, 別紙療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。								
(宛先)函館市長				令和 年 月 日				
				(番地)				
		住 所		函館市		町 丁目 番 号		
				世帯主 氏名				
				個人番号				
				電 話 ( )				

受付	本 庁	湯 川	銭亀沢	亀 田	戸 井	恵 山	椴法華	南茅部
----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

入 力	検 証
-----	-----