

恵庭市国民健康保険療養費支給申請書

課長	主査	担当

〔平成・令和 年 月 診療分〕

一般

退職本人

退職扶養

軽減特例対象者

下記の通り別紙証拠書類を添えて申請します。

申請者（世帯主）住所 恵庭市 **京町1番地**

氏名 **恵庭 太郎** (恵庭)

電話 (0123-33-3131)

恵庭市長 殿 **090-5555-6666**

*世帯主が死亡している場合は法定相続人が申請者となります。

被保険者記号番号	療養を受けた被保険者氏名 または 個人番号	生年月日	性別	続柄
恵庭 12345678	氏名 または 個人番号 恵庭 花子	昭和 平成 令和 25年 4月 16日	男 女	妻
第三者行為	<input type="checkbox"/> 第三者行為 (交通事故等) による原因 領収書に記載されている方のお名前をご記入ください。			
診療を受けた期間	平成・令和 年 月 日 日間			
診療で支払った金額	円			
振込指定口座記入欄 (原則として世帯主の口座に限る。)				
振込金融機関	北洋 (銀行・信金 信組・農協)	恵庭中央 本支店		
フリガナ	エニワ ハナコ			
口座名義人	恵庭 花子	口座番号	1E+06 (普通) 当座 貯蓄	

受取委任 住所 恵庭市 **同上**

(受領者) 氏名 **恵庭 花子** (恵庭)

私は、上記の者に療養費の受領を委任しましたのでここに届出します。

令和 年 月 日

委任者 住所 恵庭市 **同上**

(世帯主) 氏名 **恵庭 太郎** (恵庭) (S23年 4月 23日生)

恵庭市長殿

申請者(世帯主)と口座名義人に相違があるときにご記入ください。

恵庭市審査決定欄

入院	入院外	歯科	調剤	特殊装具	移送費	看護料	生血	前期高齢者差額
負担割合(A) 7割・8割・9割						傷病名・療養取扱機関名 療養期間 別紙の通り (レセプト・領収書等)		
療養に要した費用 B	保険者負担金 C(A×B)		被保険者負担金 D(B-C)		公費負担金			
重・母・乳・老	第三者		受付	入力	受付印			
あり・なし	非該当	審査中保留	該当					

*医療費を全額自己負担した場合は、病院の発行するレセプト(診療報酬明細書)の原本又はコピーが必要となりますので、医療機関等で保険者以外開封厳禁の封筒で受け取り、そのまま提出して下さい。

*移送費の申請には医師の同意書が必要となります。

*特殊装具の申請には医師の証明書が必要となります。

*申請を行う領収書の全てを、お持ちください。複写後返し致します。