

# 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

氏名 印

電話（0123- - ）

恵庭市長 殿

\* 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	氏名 または 個人番号	昭和 平成 令和 年 月 日	男 女	
第三者行為	<input type="checkbox"/> 第三者行為以外の原因 <input type="checkbox"/> 第三者行為（交通事故等）による原因			
診療を受けた期間	平成・令和 年 月 日から 日 まで 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	銀行・信金 信組・農協	本・支店		
フリガナ		口座番号	普通 当座 貯蓄	
口座名義人				

受取委任 住所 恵庭市

（受領者） 氏名 印

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

（世帯主） 氏名 印 （ 年 月 日生）

恵庭市長殿

## 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。複写後お返し致します。