

# 伊達市国民健康保険 療養費支給申請書

療養を受けた者	被保険者証の 記号・番号	島 93	(枝番)	氏 名	
	生年月日	年 月 日		個人番号※	
診療を受けた 医療機関	名称			療養期間	年 月 日 ～ 月 日 (実日数 日間)
	所在地				
	医師等名			発病・負傷 した年月日	年 月 日
傷病名				傷病の経過	

※ 死亡者の個人番号の記載は不要であり、記載がなくても有効な申請となります。

申請項目	①一般診療費 (自己負担分請求)	②一般診療費 (保険者負担分請求)	③補装具	④鍼灸・マッサージ	⑤その他
一般診療費 請求理由	①県外受診	②保険証提示漏れ	③遡及国保加入	④その他( )	
傷病原因	①疾病等	②疾病等 (学校災害共済利用)	③交通事故等第三者行為	④労災事故	

補装具申請に係る医師の意見書	
傷病名	
装具の採型日	年 月 日 (採型日: 入院中・外来)
装用についての意見	
年 月 日 病院名 医師氏名	

振込指定 金融機関	金 融 機 関 名		銀行	労 金	支店名		本店
			信金	信組			支店
			農協				支所
	普通			(フリガナ) 口座名義人	( )		

※ 振込指定金融機関は、世帯主のものとする。

療養費の支給について上記のとおり申請します。											
年 月 日											
〒											
住 所											
世帯主 氏 名											
電話番号	— —										
伊達市長	個人番号										
	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>										

受付担当者記入欄			
窓口受付 担当者印	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">窓口に来られた方 世帯主・同一世帯員 それ以外の方 (要委任状)</td> <td style="width: 50%;">確 認 書 類 免許証・パスポート・個人番号カード・保険証 その他 ( )</td> </tr> </table>	窓口に来られた方 世帯主・同一世帯員 それ以外の方 (要委任状)	確 認 書 類 免許証・パスポート・個人番号カード・保険証 その他 ( )
窓口に来られた方 世帯主・同一世帯員 それ以外の方 (要委任状)	確 認 書 類 免許証・パスポート・個人番号カード・保険証 その他 ( )		

