阿蘇市国民健康保険療養費支給申請書

被保険者記号・番号		阿蘇													
療養を受けた被保険者	氏名														
	生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日													
	個人番号														

傷病名		発病・負傷 年 月 日	年 月 日
疾病の経過並びに療養内容			
発病又は負傷の原因		第三者の有無 （交通事故等）	有 ・ 無
療養期間	年 月 日 から 年 月 日 まで 日 間 （補装具の申請のときは意見書の補装具が必要と認めた日を記入ください。）		
診療薬剤の支給又は手当を受けた病院・診療所・薬局その他の者の名称及び所在地			
診療調剤又は手当に従事した医師・歯科医師・薬剤師その他の者の氏名			

給付を受けることができなかった理由	1. 治療用装具購入 2. 他（ ）	療養に要した費用 円
入院時食事療養費	（基準額 円－標準負担額 円）× 回＝ 円	

阿蘇市長 様

上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します。

振込先の口座名義人が申請者（世帯主）と異なる場合には、下記指定口座への振込をもって阿蘇市からの支払金の受領と認めます。

令和 年 月 日

申請者（世帯主）

住 所

氏 名

個人番号

☐ マイナポータル等で事前登録した世帯主の公金受取口座を利用します。

※公金受取口座へ振込を希望し、上記にチェックを入れた場合は、以下の金融機関情報についての記載は必要ありませんが、記載があった場合には以下の金融機関情報への振込を優先します。

金融機関名		支店名	
口座名義人カナ		種別	普通 ・ 当座
口座番号		右づめ記入	
ゆうちょ銀行	記号	番号	1

主管課長	課長補佐	係長	担当

確認欄	公簿

<table>
<tr><td rowspan="5">本人確認</td><td>確認書類</td><td colspan="4">☐個人番号カード　☐運転免許証　☐身体障がい者手帳
☐在留カード　☐（　　）</td></tr>
<tr><td>個人番号</td><td colspan="4">☐個人番号カード　☐通知カード　☐住民票
☐公簿（ 閲覧同意　有 ・ 無 ）　☐（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">代理人</td><td colspan="4">☐委任状　☐被保険者証　☐（　　）</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></td><td>連絡先</td><td></td></tr>
<tr><td>世帯主との関係</td><td colspan="3">☐同一世帯の家族　☐（　　）</td></tr>
</table>

負担割合	未就学児　一般　70（低、一）　70（現役）
支給決定額	円
国保税滞納	有　・　無