

受付年月日	受付者印
年 月 日	

国民健康保険療養費支給申請書(診療費用)

被保険者 記号番号	み登米 A	療養を受けた被 保険者氏名		世帯主 との 続柄		
被保険者区分	一般・乳幼児 前期高齢(70歳以上)	個人番号				
		生年月日	年 月 日			
発病・負傷 年 月 日	年 月 日	療養期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間			
診療又は薬剤の支給又は手当 を受けた病院、診療所、薬局そ 他の者の名称及び所在地						
診療又は調剤に従事した医師、 歯科医師又は名称及び所在地						
療養の給付 を受けること ができなかつ た理由	発病の 原因				療養に 要した 費用	
	傷病の 経過					
	療養内容					
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する(利用する方は口座情報の記入不要) ※ご自身で公金受取口座をマイナポータル上にて登録している方に限ります。						
<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する						
口座振替 依頼欄	銀行 金庫 農協 組合		本店 支店	種 目	口 座 番 号	
	金融機関コード		店舗コード	1 普通		
				2 当座		
				3 その他 ()		
(フリカゝナ) 口座名義人						
上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。 年 月 日 世帯主 住所 登米市 (あて先) 氏名 個人番号 登米市長 電話番号 ()						
※ 以下市記入欄						
支給金額 (決定)	医療に要した費用額(円) × = 円					