

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者記号番号	000000	世帯主から みた続柄	子
療養を受けた被保険者の氏名	△△ △△	生年月日	昭和 平成 令和 ○年 △月 ×日

傷病名	傷病の経過		
発病年月日	年 月 日	療養内容	
発病の原因	療養の費用		円
療養期間	別添証明書等参照		
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	別添証明書等参照		
診療又は調剤に従事した医師、歯科医師、又は薬剤師の氏名	別添証明書等参照		

療養の給付を受けることができなかった理由	
☒ 業者に装具作製を依頼したため	☐ 国保資格異動届出遅延 ☐ 海外で受診したため
☐ 被保険者証不携帯（旅行他）	☐ 他公的保険にて保険診療 ☐ その他（ ）

第三者行為（交通事故等）の有無	有 ☐ 無 ☒
-----------------	--

療養費受取口座の選択（公金受取口座とは、マイナンバーカードを利用した口座登録のことです）	
☒ 事前登録した公金受取口座を利用する ※注 （下欄の振込口座名義のみ記入が必要）	☐ 振込口座を指定する （下欄の振込先の記入が必要）
公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから登録いただけます。マイナポータルはこちらから	



振込先	金融機関名	銀行・信用金庫・農協・労働金庫・信漁連	
	支店名	支店・支所	
	口座番号	預金種別	
	口座名義人 （カタカナ記入）	△△ △△	

上記のとおり療養費の支給を申請します。

なお、振込先の口座名義人が申請者（世帯主）と異なる場合には、上記の口座名義人を代理人とし、上記指定口座への振込をもって湖西市からの支払金の受領と認めます。

令和 ○年 ○月 ○日 （〒 431-○○○○ ）

住所 湖西市 ×××××××番地×
××マンション 101号室

申請者（世帯主） 氏名 △△ ○○ 印
個人番号 000000000000 確認 ☐

(宛先) 湖 西 市 長 電話番号 (○○○) ○○○○ - ○○○○

来庁者 世帯主 その他氏名 △△ △△ 確認 ☐

※注：市外在住者への振込はできません。また、申請者世帯外名義への振込は同意書の添付が必要です。

職員記入欄	区 分	診療開始日	一般 家 本 才	割	
	診療費 装具 その他（ ）	令和 年 月 日			
	費用額	公費負担額	一部負担額	支給決定額	申請書No.
				円	