

# 国民健康保険療養費支給申請書

|           |  |
|-----------|--|
| 70歳以上一般分  |  |
| 70歳以上一定以上 |  |
| 未就学児      |  |
| 上記以外の人    |  |

|                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                              |                                                          |                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------|
| 被保険者<br>記号番号                                                                                                                                                                                                                     | 山 59 -                                                                                       | 療養を受けた被保険者の氏名・生年月日・個人番号<br>氏 名                           |                               |
| 傷 病 名                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                              | 生年月日                                                     | 年 月 日                         |
|                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                              | 個人番号                                                     |                               |
| 発病・負傷<br>年 月 日                                                                                                                                                                                                                   | 年 月 日                                                                                        | 療養期間                                                     | 年 月 日から<br>年 月 日まで 日間         |
| 診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療<br>所、薬局その他の者の名称及び所在地                                                                                                                                                                                       |                                                                                              |                                                          |                               |
| 診療又は調剤に従事した医師、歯科医師又は薬<br>剤師の氏名                                                                                                                                                                                                   |                                                                                              |                                                          |                               |
| 療養の給付等を受けることができなかった理由<br><input type="checkbox"/> 治療用装具購入のため<br><input type="checkbox"/> 受診時に保険証を提示できなかったため<br><input type="checkbox"/> 遡って社保の資格を喪失したため<br><input type="checkbox"/> 海外での療養のため<br><input type="checkbox"/> その他( ) |                                                                                              | 発病の原因                                                    | 療養に要した費用<br><br><br><br><br>円 |
|                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                              | 傷病の経過                                                    |                               |
|                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                              | 療養の内容                                                    |                               |
| 傷病の原因は第三者行為によるものか                                                                                                                                                                                                                |                                                                                              | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |                               |
| <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する(口座情報の記入は不要です。)<br>※世帯主の方に限ります。なお、公金受取口座を変更・登録抹消された場合、反映までに一定期間を要する<br>ため、変更前の口座に振り込まれる場合があります。                                                                                              |                                                                                              |                                                          |                               |
| <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する、または現金払いを希望する(下記に☑の上、必要事項を記入してください。)                                                                                                                                                           |                                                                                              |                                                          |                               |
| <input type="checkbox"/> 口座振込                                                                                                                                                                                                    | 銀行<br>農協<br>金庫                                                                               | 本店・支店<br>支所<br>出張所                                       | 口座番号                          |
|                                                                                                                                                                                                                                  | 世帯主の口座をご記入ください。世<br>帯主以外の方の口座の場合は、委任<br>状の記入をお願いします。(窓口の様<br>式があります。)                        |                                                          | フリガナ                          |
| <input type="checkbox"/> 現金払い                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 本庁会計課<br><input type="checkbox"/> ( )支所                             | 連 絡 先                                                    | TEL ー ー                       |
|                                                                                                                                                                                                                                  | (宛先) 周 南 市 長<br>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。<br>年 月 日<br>世帯主 住 所 周南市<br>氏 名<br>個 人 番 号 |                                                          |                               |

※口座情報の記載がある場合は、上記のチェックボックスに関わらず、記載の口座への振込を優先いたします。

※職員確認欄

届出人: ☐ 代理人( ) 【免・旅・MNC・介・年・その他( ) No. 】

## 公金受取口座を利用する場合の同意事項について(職員確認用)

- ☐ マイナポータルに公金受取口座を事前登録する必要があります。
- ☐ 周南市内在住の世帯主、葬祭執行人、代表相続人のみ利用可能です。
- ☐ 公金受取口座を希望される場合は、口座欄を空白もしくは斜線で消して訂正印もしくは訂正署名をしてください。

※口座欄に記載があり、斜線で消されていない場合は、公金受取口座利用のチェック欄に関わらず記載された口座に振り込みます。

- ☐ 公金受取口座を変更・登録抹消された場合、口座の反映・確認までに一定期間を要するため、変更前の口座に振り込まれる場合があります。
- ☐ 公金受取口座の登録を市が確認できなかった場合は、振り込みができません。ご提出いただいた申請書の口座欄に口座情報を記入し、再提出いただく必要がございます。

※記載内容を修正するには、訂正印もしくは訂正署名が必要です。