様式第１８号(第１９条関係)

国民健康保険療養費支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者の  記号・番号 | 記号 | |  | | | | |  | | | | |  | | | 番号 |  | | | | |  | | | |  | |  | | |  | |  | |
| 被保険者の  個 人 番 号 |  | | |  | | | | |  | |  | | | |  | | |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |  | |  |
| 療養を受けた被保険者 | 氏名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | 年　　 月　 　日 | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 傷　病　名 |  | | | | | | | | | | | | | 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、薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局の名称及び所在地 | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診療、調剤に従事した医師、歯科医師又は薬剤師の氏名 | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 傷病の原因 | | | | | | | 傷病の経過 | | | | | | | | | | | | 療養内容 | | | | | | | | | | 療養に要した費用 | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | 円 | | | | | |
| 療養の給付を受けることができなかった理由 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 第三者の行為による負傷等 | 該当・非該当 | 備考 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口 座 振 込 依 頼 書 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 振込先指定 | 銀 行　・　信 金　　　　　　　　　　　　　　　本　　店  金 庫　・　信 託　　　　　　　　　　　　　　　支　　店  信 組　・　農 協　　　　　　　　　　　　　　　出 張 所 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 預金種別 | | 金融機関コード | | | |  | 店番号 | | | 口座番号（右づめ） | | | | | | |
| １ 普通　２ 当座　３ その他 | |  |  |  |  | ― |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 口 座 名 義 人 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　名 |  | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 上記のとおり申請します。  年 月 日  (宛先) さいたま市長 | | |
| 世帯主　住 所    氏 名  個人番号    電話番号　　　　（　　　　　）   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |
|  | | |
| 給付金代理受領委任状 | 上記申請の給付について受領を受任者 （振込先氏名）　 　　　　　　 に委任します。    世帯主 （氏名） ※本人が手書きしない場合は記名押印してください | |
| ※世帯主以外の方が代理で申請する場合は、以下の欄も記入して下さい。 | | |
| 申　請　者　氏　名 | | 住　　所　　　　　□世帯主と同じ |
|  | |  |