

療養費支給申請書・請求書のご記入にあたって

下記の要領をご参照のうえ、必要箇所にご記入、押印ください。

<共通の注意点>

- ・申請者は受診当時の世帯主です。
- ・記入内容を訂正する際は、訂正箇所には必ず押印してください。
- ・押印は全て同じ印鑑をご使用ください。
- ・費用欄、金額欄は訂正できませんので記入しないでください。

<療養費支給申請書>

保険証の記号番号を記入してください。

受診された方の、
・氏名、生年月日、世帯主との続柄、個人番号を記入してください。

・太線の枠内以外は記入しないでください。

・申請日（記入日）
・世帯主の現住所、氏名、電話番号を記入してください。

・認印を押印してください。

(注意) 国民健康保険療養費支給申請書 (一般・療科) (入外)

保険証の記号番号 35 -

氏名 氏名
生年月日 昭和、平成、令和 年 月 日
世帯主との続柄

受診者 受診者
受診年月日 年 月 日 受診期間 年 月 日から 年 月 日まで
診療科目(又は)又は手当てを受けた診療所・薬局その他の者の名称及び所在地
診療科目又は手当てに従事した医師・歯科医師・薬剤師その他の者の氏名
療養費の支給申請をした理由
1. 保険請求に上らないため
2. 憑って社会保険の資格を喪失したため
3. 海外で治療を受けたため
4. その他の理由()

疾病又は 疾病又は
負傷の原因 療養に要した費用 ※ 千 百 十 円

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いたします。
令和 年 月 日
世帯主 住所
氏名
(あて先) 日野市長 電話番号 ()

法 案 号 年 月 日 審査決定額 ※ 円 高3期
通 知 号 係 長 係長補佐 課長 一部負担金 ※ 円 1割
決 定 年 月 日 決定年月日 ※ 年 月 日 2割
未2期

一般・退職

<療養費請求書>

・申請者の現住所、氏名、電話番号を記入してください。

・認印を押印してください。

・金額は審査後に確定するため記入しないでください。

世帯主のお振込先口座についてご記入ください。
※世帯主以外の名義の口座を指定される場合は「委任状」が必要です。

国民健康保険 一般被保険者 療養費請求書
退職被保険者等

下記の金額のとおり請求いたします

住所
世帯主
氏名
電 話

日野市長 殿

金 額 千 百 十 円

振込口座 銀行・信金 信組・農協 支店 出振所
金融機関コード 支店コード 預金種類 (○で囲む) 口座番号 (右づめ)
1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄
口座名義 フリガナ

お問い合わせ先 日野市市民部保険年金課 給付係
042-514-8276 (ダイヤルイン)