

被 保 険 者 証 号 記 号 ・ 番 号	(枝番)	退職 区分	一 般 退 職(本人・扶養)	
療 養 を 受 け た 被 保 険 者 の 氏 名	(氏 名)	続 柄		
個 人 番 号	(個人番号)			
生 年 月 日	(生年月日) 昭和・平成・令和 年 月 日			
傷 病 名		療養 期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	
発 病 ・ 負 傷 年 月 日	年 月 日			
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	(名 称)			
	(所在地)			
診療又は調剤に従事した医師・歯科 医師・薬剤師の氏名				
療養の給付を受けることができな かった理由	業者依頼 ・ 自 費 (保険証不提示 ・ 喪失後受診) ()			
交通事故等の第三者行為	有 ・ 無			
発 病 の 原 因		傷病の経過		
療 養 内 容		療 養 に 要 した 費 用	円	
上記のとおり別紙証拠書類を添えて申請します。 令和 年 月 日 世帯主 住 所 あま市 氏 名 個人番号 電話番号 () - - 届出者 氏 名 電話番号 () - - あま市長 様				
口 座 振 込	(金融機関名)	普 通 当 座	番 号	
	銀 行 信用金庫 店 農 協		名 義 人	(フリガナ)
委 任 状	私は、 を代理人と定め受領に関する権限を委任します。 世帯主 住所 氏名 印			

- ※ 看護の場合の添付書類
看護を必要とする意見書、看護実施証明書、その他必要な書類
- ※ 補装具の申請に必要な添付書類
医師の証明書、装着証明書、領収書 (内訳記載のもの)
- ※ 自費診療分の申請に必要な添付書類
診療報酬明細書 (レセプト)、領収書
- ※ 小児弱視等の治療用眼鏡等 (対象) 9歳未満の小児
眼鏡処方箋、領収書

処理欄	支払日	入 力	受付者	国保税
				未 完 納 納