様式第12号(第9条関係)

受付印

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証記号・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 個人番号 生年月日	(氏名) (個人番号) (生年月日)昭和・平成・令和　年　月　日	続柄	

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(資格確認書等不提示・喪失後受診) その他(　)
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) 銀行 ＿＿＿＿信用金庫＿＿＿＿店 農協	普通 当座	番号	
			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

	支払日	入力	受付者	国保税
処理欄				未納 完納

市民生活部　保険医療課