

射水市国民健康保険
療養費・特別療養費支給申請書



被保険者証記号番号		一般 ・ 退職	
療養を受けた被保険者	氏名		世帯主との続柄
	個人番号		
	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
発症・負傷年月日	年 月 日		年 月 日 まで
診療を受けた医療機関の名称・所在地			
療養の給付を受けることができなかった理由			
第三者行為によるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
発病の原因		療養に要した費用	円
傷病の経過			
別紙証拠書類を添えて、上記のとおり申請します。 なお、支給決定額は下記の口座に振込んでください。 令和 年 月 日 射水市長 あて 住 所 射水市 [世帯主] 氏 名 Ⓜ 個人番号 電話番号 — —			
金融機関名	種類	口座番号	口座名義 (カタカナ)
銀行 本店 信金 支店 農協 出張所	普通・当座		

※国民健康保険税が未納の場合は税に充当しますので、税充当同意書も提出して下さい。

<添付書類>

■補装具：コルセット／弾性着衣／小児治療用めがね(9歳未満)

- ・装具装着証明書／弾性着衣等作成指示書／眼鏡等作成指示書 (病院発行・原本)
- ・領収書 (業者・眼鏡販売店発行／宛名が対象者のもの)

■やむを得ない理由で、保険証を持たずに治療を受けた場合

- ・診療内容明細書請求に関する同意書 (診療内容明細書がある場合は不要)
- ・領収書

<市処理欄>

支給決定額	(費用額	円) × $\frac{7 \cdot 8 \cdot 9}{10} =$								円
-------	------	---------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	---