

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		☐ はい ☐ 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		普通・当座		
信金 支店				
農協 出張所				

※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
-------	--	--	--	--	--	--	--	---