| | | | |
|---|---|---|---|
| **１．国保**<br>**２．退職（本・扶）**<br>**３．高齢（８・７）** | **国民健康保険療養費支給申請書** | | |
| ①被保険者証の<br>記 号 番 号 | 豊高国保 | ②療養を受けた<br>被保険者の氏名・個人番号・生年月日 | 氏名<br>個人番号<br>年　月　日生 |
| ③傷病名等 | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ④発病負傷<br>年月日 | 年<br>月　日 | 療養期間<br>(装具処方年月日) | 年　月　日から<br>年　月　日まで | 種別 | 入院 ・ 外来 |

| | | |
|---|---|---|
| ⑤診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、薬局その他の名称及び所在地 | 名 称 | |
| | 所在地 | |
| ⑥診療又は調剤に従事した医師、歯科医師又は薬剤師の氏名 | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ⑦療養の給付を受けることのできなかった理由 | １．給付外<br>２．その他<br>（　　） | 発病の原因 | | 療養に要した費用 |
| | | 傷病の経過 | | |
| | | 療養の内容 | | 円 |

上記のとおり療養に要した費用の証拠書類を添えて申請します。

年　月　日

世帯主　住　所　豊後高田市　番地

氏　名　㊞

個人番号

（連絡先電話番号　　）

豊後高田市長　様

| | | |
|---|---|---|
| 支払方法 | １．窓口受け取り<br>２．口座振込<br>銀　行　支店<br>金　庫　支店<br>信用組合　支店<br>農　協　支店 | 口座番号<br>1. 普通<br>2. その他（　　）<br>フリガナ<br>口座名義人<br>**※名義人が世帯主以外の場合は委任状の記入が必要です。** |

| | |
|---|---|
| 委任状 | 本申請に基づく療養費の受領を下記代理人に委任します。<br>年　月　日<br>委任者（世帯主）　住　所　豊後高田市　番地<br>氏　名　㊞<br>代理人（口座名義人）　住　所<br>氏　名　㊞ |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ※保険者記入 | ア．費用額　負担割合　イ．一部負担金額<br>円 × ０．１／０．２／０．３ ＝　円 | 保険者負担額(アーイ)<br>円<br>（※高齢者公費負担額<br>円） | |