

国民健康保険療養費支給申請書

令和 年 月 日

(宛先) 松山市長

受付印

(世帯主等) 松山市 町 丁目 番 号

氏名
(電話 自宅・勤務先・携帯 - -)

別紙証拠書類を添えて申請します。

個人番号の確認	診療年月	年 月	被保険者証・記号・番号	松国保							
マイナンバー通知カ住民票	受取金融機関	<input type="checkbox"/> 銀行	<input type="checkbox"/> 本店(所)	<input type="checkbox"/> 座種別	1.普通 2.当座	<input type="checkbox"/> 口座番号					
		<input type="checkbox"/> 信用金庫	<input type="checkbox"/> 支店		フリガナ						
		<input type="checkbox"/> 農協	<input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 支所		口座名義人						
	※		※金融機関コード		※支払区分	1.口座払 2.隔地払 3.前回					

来庁者の身元確認	受診者氏名						給付割合区分	1. 一般 2. 前高 3. 乳幼児	助成区分	1. ひとり親 2. 重心 3. 子ども
<1点>	昭・平・令 年 月 日									
マイナンバー免許証住基カパスポート身障手帳在留カ()	マイナンバー(個人番号)									
	療養費種別	一般 一割 特別 装具 柔整 マッサージ (その他)								
<2点>	発病・負傷年月日	年 月 日								
	発病・負傷の原因	1. 第三者障害 2. その他				傷病名				
	診療期間	1. 入院 2. 外来		年 月 日～ 年 月 日まで ()日間						
健保証介護保険証年金手帳医療受給()	医療機関等						審査済印			
	所在地									
	名称									
	氏名									
	診療科名(総合病院の場合は記入して下さい。)									
完・連1・連2	来庁者住所	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ。								
	氏名	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ。			世帯主との続柄					

- ※欄は記入しないで下さい。
- 世帯主と口座名義人が異なる場合は委任状、世帯主が死亡の場合は念書が必要です。(戸籍謄本が必要な場合もあります。)

↑記入しないで下さい↓	医療機関コード		診療科	
	支払金額(医療に要した費用)	円	診療報酬点数	点
	食事療養・回数	円	標準負担額	円
	食事療養・金額	円	薬剤一部負担額	円
支給基準額	円	支給決定額	円	

保険証の提示ができなかった場合のみ記入して下さい。

- (1) 年 月 日資格を取得し 年 月 日に届け出たため
保険証の提示ができなかったため。
- (2) その他（具体的な理由）

委任状

令和 年 月 日

(宛先) 松山市長

私が松山市より支払を受ける国民健康保険療養費について、表記の預金口座に振込みすることを委任します。

委任者（申請者）				受任者（口座名義人）			
住所	松山市	番地		住所	松山市	番地	
	町 丁目	番	号		町 丁目	番	号
氏名				氏名			

念書

令和 年 月 日

(宛先) 松山市長

死亡者 氏名 _____
相続人 住所 _____
相続人 氏名 _____
相続人 続柄 _____

年 月 日 の死亡により、国民健康保険療養費の申請および受領について、相続人の間で異議が生じても、私が全責任を持って解決し、松山市には一切ご迷惑をおかけ致しません。

記

国民健康保険療養費 年 月分