

国民健康保険療養費支給申請書

令和 年 月 日

(あて先) 松山市長

受付印

(世帯主等) 松山市 町 丁目 番地 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。

診療年月	年 月	被保険者証・記号・番号	松国保		
受取 金融機関	<input type="checkbox"/> 銀行	<input type="checkbox"/> 本店(所)	口座種別	1.普通 2.当座	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	口座名義人		
		<input type="checkbox"/> 支所			
※		※金融機関コード	※支払分		1.口座払 2.隔地払 3.前回

受診者氏名		昭・平・令 年 月 日 (男・女)	資格区分	0.一般	助成区分	1.母子
療養費種別	一般 一割 特別 装具 柔整 マッサージ (その他)		1.退本人			2.重心
発病・負傷年月日	年 月 日		2.退扶養			3.乳幼児
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 年 月 日～ 2. 外来 年 月 日まで	() 日間				
医療機関等						
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
済

審査済印

- ※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・日数	円	標準負担額	円
食事療養・日数	円	薬剤一部負担額	円
支給基準額	円	支給決定額	円

令和 年 月 日

課長	主幹	収納	給付	再審	入力
※上記のとおり決定してよろしいか					

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

(あて先) 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

(あて先) 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