

国民健康保険  療養費  特別療養費  移送費  精神・結核医療給付金 支給申請書兼請求書

被保険者証の記号番号 高国	申請者 (世帯主)	住所 氏名 ☎( ) -
療養を受けた被保険者の 氏名・生年月日・個人番号 ※特別療養費支給申請及び移送費のみ 個人番号の記入が必要です。	受診者氏名 ( <input type="checkbox"/> 申請者と同じ ) 昭和・平成・令和 年 月 日生	
第三者行為によるものか	<input type="checkbox"/> はい(交通事故等) <input type="checkbox"/> いいえ(自損事故・疾病等)	
診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局、その他の 者の名称及び所在地、医師、歯科医師、薬剤師の氏名	別紙のとおり	
療養の給付等を受けることが できなかった理由	1. 現物給付が困難 2. 被保険者証の提示が困難 3. その他 ( )	
傷病名及びその原因		
発病又は負傷の年月日	年 月 日	
傷病の経過		
療養期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
療養内容	医科・歯科・薬剤・装具・その他( ) 01・11 02・12 03・13 05・15	
療養につき算定した費用の額	円	
支給予定年月	令和 年 月	

令和 年 月 日

上記のとおり申請します。

なお、支給方法については、下記の金融機関の口座に振込にて支払われるよう請求します。

(宛先) 高槻市長

銀行コード		銀行・信用金庫 農協・信用組合	1. 普通預金 2. 当座預金 9. 貯蓄預金
支店コード		本店・支店 出張所	
口座番号		口座名義 (カタカナ)	

委任 状 欄	令和 年 月 日 (口座名義人)
	上記療養に要した費用の受領に関する一切の権限を _____ に委任します。
	委任者 住所 _____ (世帯主) 氏名 _____ (世帯主が手書きしない場合は、記名押印してください)

資格区分	入院外来区分	査定金額	受付日・担当
0. 一般 ・ 1. 退職本人 ・ 2. 退職扶養	1. 入院 ・ 2. 外来	円	
適用区分	公費区分	支給決定額	円
3. 就学前 5. 2割負担(高齢受給者) 6. 3割負担(高齢受給者)	単独 ・ 併用( )	円	