

第7号様式（第22条関係）

国民健康保険療養費支給申請書

次のとおり申請します。

年 月 日

住 所 登別市 町 丁目 番地

申請者  
(世帯主) 氏 名 \_\_\_\_\_  
個人番号 \_\_\_\_\_  
電 話 ( ) \_\_\_\_\_

北海道登別市長 様

被保険者証 記号・番号	登	被保険者証 区 分	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退職（本人・扶養）		
療養を受けた 被保険者氏名		個人番号			
支給申請額	円	世帯主 との続柄			
疾 病 名		発症の原因			
発症または 負傷年月日	令和 年 月 日	傷病の経過			
療 養 期 間		療 養 内 容			
療養に要した 費 用	円				
療養の給付を受 けることができ なかった理由	<input type="checkbox"/> 被保険者証を提示しなかったため <input type="checkbox"/> 療養費払いのため（補装具・柔整・はり灸・その他） <input type="checkbox"/> その他				
診療、薬剤の支給または手当を受けた病 院、診療所、薬局その他の名称及び所在地	名 称		所 在 地		
診療または調剤に従事した医師、歯科医師 または薬剤師の氏名					
医療費助成制度該当	<input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> ひとり親 <input type="checkbox"/> 子ども） <input type="checkbox"/> 無				
第三者行為該当の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
委 任 受 領	上記金額の受領を次の者に委任します。				
	委任者	住所	_____		
	(世帯主) 氏名	_____			
受 任 者	住所	_____			
	氏名	_____			
支 払 方 法	<input type="checkbox"/> 口座払い <input type="checkbox"/> 窓口払い <input type="checkbox"/> その他（ ）				
金 融 機 関 名	銀行 金庫 組合		支 店 名	本店 支店 出張所	
口座種別・番号	普 通 座			口座名義人 (カナ)	

※これより下は記入しないでください。

費 用 額	円	審査決定額	円	支給決定額	円
年 齢 区 分	<input type="checkbox"/> 70歳未満 <input type="checkbox"/> 未就学 <input type="checkbox"/> 高齢受給者（ 割）	所得区分 (70歳未満)	<input type="checkbox"/> 課ア <input type="checkbox"/> 課イ <input type="checkbox"/> 課ウ <input type="checkbox"/> 課エ <input type="checkbox"/> 非才	所得区分 (高齢受給者)	<input type="checkbox"/> 現役Ⅲ <input type="checkbox"/> 現役Ⅱ <input type="checkbox"/> 現役Ⅰ <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 低Ⅰ <input type="checkbox"/> 低Ⅱ
備 考					