国民健康保険療養費・特別療養費支給申請書

受付日	資格	給付割合　※装具は意見日時点	公費　※ありの場合備考欄チェック
月　日 受付者	一般	□ 高齢８割 □ 高齢７割　□ 就学前８割 □ 前期高齢７割(65 歳～69 歳) □ ７割(65 歳未満)	□ なし　□ ８２（ひとり親） □ 老人（　）□ ８６（子ども医療） □ ８０（障害）□ その他（　）

被保険者記号番号	和国　（枝番）	個人番号	
療養をうけた被保険者氏名		続柄	
生年月日	昭・平・令　年　月　日生		

発病負傷年月日	令和　年　月　日	傷病の経過	□治癒　□加療中 □中止
療養費の種類	□ 医科　□ 柔道整復 □ 歯科　□ はり・きゅう・マッサージ □ 装具　□ その他（　）	療養の期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで
傷病原因	□ 一般疾病　□ 仕事上の傷病 □ 第三者行為（交通事故等）による傷病 □ その他（　）	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	□ 保険医療機関でなかったため （□ 海外渡航中　□ その他＿＿＿＿＿＿＿＿） □ 緊急やむをえない事情により、被保険者証不所持であったため （□ 旅行等　□ 紛失　□ 被保険者証未交付期間 □ その他＿＿＿＿＿＿＿＿） □ 被保険者資格証明書による受診のため　□ 他保（社会保険等）で受診 □ 装具装着のため　□ その他＿＿＿＿＿＿＿＿

上記のとおり療養に要した費用に関する別紙書類を添えて申請します。

令和　年　月　日　TEL（　）

申請人（世帯主）
住　所＿＿＿＿＿＿＿＿
氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿
個人番号＿＿＿＿＿＿＿＿
（来庁者　）

和泉市長　あて

＜世帯主名義の振込先＞

□マイナポータルに登録されている世帯主名義の公金受取口座を利用する。（口座情報の記入不要）

□以下の振込先を利用する。

金融機関名	口座の種類	口座番号	口座名義人(カタカナ)
銀行　本店 農協　支店 金庫	□ 普通 □ 当座 □（　）		

＜備考＞　□ 保険料へ 入金・確認（担当：　）　□ 障がい福祉課／子育て支援室への申請
□ 後日振込先連絡　□ その他（　）

給付割合	支給対象費用額	一部負担金	支給決定額
	円	円	円

【来庁者の確認書類】□保険証　□運転免許証　□マイナンバーカード　□その他（　）