窓口払い
請求受領印

課長	課長補佐	係長	係

様式第2号(第4条関係)

国民健康保険療養費支給申請書兼請求書

次のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請、請求します。

令和　　年　　月　　日

世帯主　住　所　みやま市（瀬高／山川／高田）町

氏　名　　㊞

個人番号

みやま市長　様　　電　話

被保険者番号		療養を受けた被保険者氏名	昭・平・令　年　月　日生	世帯主との続柄	
負担区分	2割【一般・Ⅱ・Ⅰ】・3割	個人番号			
公費	無・有(子・障・親)	傷病名			
発病負傷年月日		参照レセプト	年　月診療分（入院・外来）		
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		名　称 所在地			
診療又は調剤に従事した医師、歯科医師又は薬剤師の氏名					
療養の給付を受けることができなかった理由		療養に要した費用　円		請求額　円	

支払方法	□　口座払い　　□　窓口払い(本庁のみ)		
振込口座			
金融機関振込口座	銀行／農協／金庫／組合　支店／支所	口座番号(7ケタ)	普・当
		(フリガナ)	
		口座名義人	
備考	第三者行為(有・無)、労災(有・無)、未納(有・無) ※治療用装具の眼鏡・義眼・弾性着衣等は限度額があります。		

国民健康保険療養費支給決定書

	療養に要した費用　A	一部負担金　B (A× 0.3・0.2)	支給決定額　(A-B)
療養費	円	円	円

上記のとおり決定する。

令和　　年　　月　　日　　健康づくり課長　　㊞

処理欄								
届出人	□世帯主　□氏名(　　)続柄(　　)				メモ入力		受付庁舎	瀬・山・高
確認	1つ	□運転免許証　□(　　)	2つ	□保険証・資格確認書　□(　　)	□不要(2回目以降)		受付者	