

一般	退職
----	----

国民健康保険療養費支給申請書

(熊本市国保年金課)

助成制度			
障	ひとり	子・無料	子・有料

被保険者証の記号番号										療養月	令和 平成					年				月分
療養を受けた被保険者氏名	昭和 平成 年 月 日 (歳) 令和										住民コード									
	生年月日										年 月 日届出 年 月 日開始									
診療期間	令和 平成	年	月	日	～	令和 平成	年	月	日	日数	日	70歳以上課税区分								
医療機関の名称及び所在地 (装具の場合は義肢製作所名)	名称											低I 低II 課税 上位								
	所在地											医療機関コード								
療養区分	1.一般診療 2.歯科 4.海外療養費 5.鍼・灸 6.特別療養費 7.装具 8.柔整 9.調剤																			
科別区分	1.医科 3.歯科 4.調剤 5.その他					入院・外来		1.入院 2.外来												
保険種別	70歳未満	0.一般(3割) 1.退職本人(3割) 2.退職扶養(3割)																		
	高齢者	3.一般(1割) 4.退職(1割) 7.一般(3割) 8.退職(3割) 9.一般(2割)																		
	乳幼児医療	5.一般(2割) 6.退職(2割)																		
療養に要した費用(10割)	円	傷病名					第三者行為により負傷したものであるか否か					有・無								
発病又は負傷年月日						傷病の経過					療養内容									

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類をそえて申請し、次のとおり口座振込を依頼します。

令和 年 月 日

申請者
住所 熊本市
氏名 (世帯主) (印)
個人番号()
電話番号
熊本市長様

振込先金融機関名			
銀行	信用金庫		
農協	信用組合		
支店	店番		
預金種目	口座番号		
1.普通			
2.当座			
フリガナ			
口座名義人			

※世帯主以外の世帯員の口座に振込む場合は裏面の委任状にご記入ください。

決 定	医療費総額		食事療養費		受付年月日 No
	被保険者負担額		標準負担額		
	薬剤一部負担金				
	保険者負担額 (支給額)		保険者負担額 (支給額)		

請求委任
私は、熊本市から支払われる国民健康保険療養費に関する一切の権限を、熊本市国保年金課長(同課長に事故があるときは、副課長)に委任します。
熊本市長 様