

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	個人番号( )	生年月日	昭和 平成 年 月 日 ( 歳 )		住民コード			
			令和	年 月 日届出				
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 低 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)		<del>4.退職(1割)</del>		7.一般(3割) <del>8.退職(3割)</del>		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) 個人番号( )

電話番号

熊本市長様

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。

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			

決定	医療費総額	食事療養費	受付年月日
	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)	No	

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

# 領収証明書

令和  
平成 年 月 診療分  
医療機関コード

金額		百	拾	万	千	百	拾	円
----	--	---	---	---	---	---	---	---

上記金額を、平成 年 月 日に領収したことを証明します。

令和 年 月 日

住所

医療機関の名称

電話番号



医療機関様へのお願い

- ・診療報酬明細書(レセプト)の写しをお渡しく下さい。
- ・領収金額は食事代を含めた金額をご記入ください。

## 理由書

医療機関等で保険診療ができなかった理由は、下記のとおりです。( をつけてください)

### 記

- 1 緊急その他やむを得ない事情により、被保険者証を提示しないで保険医療機関等で診療を受けたため。
- 2 緊急その他やむを得ない事情により、保険医療機関以外の医療機関等で診療を受けたため。
- 3 あんま・はり・きゅう・マッサージ師の施術を医師の同意を得て受けたため。
- 4 **被保険者資格は取得したが、被保険者証の交付を受けない間に保険医療機関等で受診した理由**
  - (1) 資格取得日より14日以内に国保加入の届け出をしていたが、被保険者証を受領する以前に医療機関等で受診したため。
  - (2) 被保険者が病气療養中で、国保加入の届け出ができない状況であったため。
  - (3) 被保険者の家族等に介護の必要があり、国保加入の届け出ができない状況であったため。
  - (4) 被保険者が仕事の都合または県外等に赴く事情があり、国保加入の届け出ができなかったため。
  - (5) 事業所(社会保険事務所)から資格喪失証明書等の交付を受けるのが遅れたため。  
証明書取得日 年 月 日
  - (6) 社会保険の資格喪失後、社会保険が切れていることを知らず、社会保険をそのまま使用したため。
  - (7) 社会保険の扶養の資格をさかのぼって喪失したため。
- 5 保険証の更新が遅れ、医療機関での払い戻しができなかったため。

上記の理由以外で保険診療を受けることができなかった方は、その理由を記入してください。

-----  
-----  
-----

右記のものを代理人と定め、療養費の受領に関する権限を委任します。

委任状	委任者(世帯主)	受任者(表面の口座名義人)
	住所	住所
	氏名	氏名