

確認	保険料	資格
----	-----	----

国民健康保険療養費支給申請書						資格照合済		
被保険者証 記号番号		鳴門		発病負傷 年月日		年 月 日		
個人番号								
療養を受けた 被保険者氏名				世帯主から みた続柄				
疾 病 名				療 養 期 間		年 月 日 年 月 日 日間		
発 病 の 原 因		<input type="checkbox"/> 一般疾病 <input type="checkbox"/> 第三者行為		傷病の経過				
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他								
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		診療 内容		療養に要した費用  円				
振 込 先	金融機関名		銀行 金庫 農協		本店(所) 支店 支所			
	預金種目		普通 ・ 当座		フリガナ			
	口座番号 (右づめ)				口座 名義人			
上記のとおり療養に要した費用に関する別紙領収証を添えて申請します。								
令和 年 月 日								
世帯主 住 所								
個人番号								
氏 名								
TEL ( ) -								
鳴 門 市 長 殿								

(裏面)

● 該当する項目の□にレを付す又は塗りつぶす(■印にすること)。

	個人番号確認	身元確認(顔写真の無い場合2点)		代理権の確認
職員処理欄	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本等(法定代理人)
	<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 年金証書	<input type="checkbox"/> 委任状(任意代理人)
	<input type="checkbox"/> 住民票の写し	<input type="checkbox"/> 国民健康保険被保険者証	<input type="checkbox"/> 高齢受給者証	<input type="checkbox"/> その他(上記が困難な場合)
	<input type="checkbox"/> 職員が記載	<input type="checkbox"/> 後期被保険者証	<input type="checkbox"/> その他	〔  〕
	<input type="checkbox"/> パスポート・在留カード	( )		