国民健康保険　療養費　支給申請書

（　乳児　・妊産婦　・　前期高齢　に係る給付割合訂正）

下記のとおり療養に要した費用を申請します。

申請者（世帯主）　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　個人番号＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

弘前市長　様

被保険者記号・番号	弘前				世帯主名			
診療を受けた人	氏名				個人番号			
	診療年月	令和　年　月	療養期間	自 令和　年　月　日 至 令和　年　月　日		診療日数	日	
	傷病の原因	別添　レセプト　診断書　証明書のとおり						
	受診した医療機関	名称			診療科			
		所在地			医師名			
	受診状態	外来						
	費用額	円	交通事故等の第三者行為	有　・　無				
	療養費の種別	給付割合訂正						
	療養の給付を受けることができなかった理由	□ 窓口で十割証を提示しなかったため □ 県外の医療機関のため □ 負担割合変更のため □ その他（　　）						

受取口座	□ 公金受取口座を利用する。 ※ご自身で公金受取口座をマイナポータル上にて登録している方に限ります。 ☑ 振込口座を指定する。

振込	振込先	ｺｰﾄﾞ	名称	(ﾌﾘｶﾞﾅ)								
	金融機関		銀　行 信用金庫 協同組合	口座名義人								
	支店		本店 支店 出張所	口座番号								
	口座種別	普通										

点数	医科・歯科・調剤・訪看・柔整	総医療費	円	支給額	円
負担率	２割　・　３割	一部負担額	円		

受　付　印