|  |
| --- |
| 国民健康保険　療養費・特別療養費　支給申請書様式第３ |
| 被保険者証 | 記号 | 番号 | 連絡先 | 　　　－　　　　－　　　（主・他：　　　） |
| 療養を受けた被保険者氏名 |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 　　　年　　月　　日 | 本人　確認 | マイナ・免・旅・敬老・他（　　　） |
| 傷　病　名 | 　 |
| 病院等 | 名　称 | 　 | 医　師　等　の　氏　名 |
| 住　所 |  |  |
| 療養の給付を受けられなかった理由 | 　１　装具　　　　　２　被保険者証を提示できなかつたため３　資格証明書期間の療養のため（特別療養費）４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 療養期間 | 　　年　　月　　日～ 　　年　　月　　日 | 入院・外来・調剤・歯科 |
| 上記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します。受領については、下記のとおり振込を依頼します。　　　年　　月　　日　 世帯主住所： 鹿児島市　　　　　　　丁目　　　 番　　 　 号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　町　　　　番地世帯主氏名： 　　 　 鹿児島市長　殿　　　個人番号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| □ 公金受取口座を利用します　（マイナポータル等から登録した口座を利用される方）※公金受取口座への振込を希望し、上記にチェックを入れた場合は、以下の金融機関情報についての記載は必要ありませんが、記載があった場合には以下の金融機関情報への振込を優先します。 |
| 振　　込　　先 | 預金別 | 口　座　番　号 | 口　座　名　義 |
| 　　　　　　　　　　　 | 　　　 銀行　　　　　店　　　　(金庫)　　　 | 普　通 |  | （フリガナ） |
| 　※受取人が世帯主と異なる場合（代理人の公金受取口座又は世帯主名義以外の口座に振込を希望する場合）は、必ずご記入ください。【委任状】上記療養費の受領に関することを下記の者に委任します。（受任者）住　 所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　 名　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　年　　月　　日　個人番号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 鹿児島市長　殿　　　　　　　　　　　　　　　　（世帯主）氏名　　　　　　 　　　　　　　印 |
| ※該当の際は□にチェックをしてください→　**□**第三者行為（交通事故、傷害、犬咬み等）が原因の傷病に該当する |

※申請に必要な証拠書類

　　装具（医証、領収書）、一般療養費（診療報酬明細書、領収書）、特別療養費（領収書等）

※保険料に未納がある場合は、口座振込ができないことがあります。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 資格取得年月日 | 　年　　月　　日 | 届出年月日 | 　年　　月　　日 |
| 　　決　定　年　月　日 | 保険税照合 | 新　規 | 完　納 | 未　納 | 誓　約 | 受付 |
|  |
| 療養に要した費用額 | 　　　　　　　　　 円 |
| 支　給　決　定　額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 円 |