国民健康保険療養費支給申請書

被保険者記号・番号	上越	療養の給付を受けられなかった理由
診療を受けた被保険者名		☐ 資格確認ができなかったため ☐ 被用者保険等の資格喪失後に受診したため ☐ 医師が必要と認めた補装具を購入したため ☐ その他 （ 、
生年月日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日	
個人番号		
入院・外来	☐ 入院 ・ ☐ 外来	
第三者行為（交通事故等）の有無	☐ 有 ・ ☐ 無	
傷病名及びその原因	別紙のとおり	
療養内容・傷病の経過	別紙のとおり	

振込先（どちらかを選択してください。）

☐ **公金受取口座を利用する。** ※公金受取口座を登録している方に限ります。
（以下の口座名義人の個人番号欄を記入してください。）

※公金受取口座への振込みを希望し、上記にチェックを入れた場合は、以下の口座情報欄の記入は必要ありません。ただし、双方に記入があった場合には、以下の金融機関の口座への振込みを優先します。

口座名義人の個人番号												

☐ **振込口座を指定する。**（以下の口座情報欄を記入してください。）

振込先金融機関名	銀行　信金 農協　信組 （　　）	本店 支店 出張所 営業部	口座種別	☐ 普通 ・ ☐ 当座
			口座番号	
口座名義人		フリガナ		

上記のとおり療養に要した費用の証拠書類を添えて申請します。また、市が必要に応じて診療情報等を関係機関に照会することを同意します。

令和　　年　　月　　日

（宛先）上越市長

申請者（世帯主）

住　所	〒		
氏　名		電話番号	―　　―

委任

当該療養費の受領を以下の者に委任します。
※世帯主名義以外の口座へ振り込む場合は、この委任欄の記入が必要となります。

令和　　年　　月　　日

受任者（口座名義人）

住　所	〒		
氏　名		電話番号	―　　―

委任者（申請者・世帯主）

氏　名	

市処理欄

令和　年　月分	・医科　・はりきゅう ・歯科　・あんまマッサージ ・補装具	費用額	保険者負担額	一部負担額	その他負担額
		円	円	円	円