

負担割合			一 般	未就学児	2割
一般・前期 (65歳～69歳)		3割		65歳未満	3割
前期高齢 (70～74)	I・II・課税	1割	退 職	未就学児	2割
		2割		本人	3割
	一定以上	3割		扶養	3割

備 考	国保税未納 (無・有 → 充当 有・無)
	支給実績 (無・有) 入力 <input type="checkbox"/> 支給日

国民健康保険療養費支給申請書 兼 請求書 (治療用器具・全額払い)

被保険者証の記号番号	宇土					療養を受けた被保険者氏名	
個人番号	— —			生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
傷病名				入院外来の別	<input type="checkbox"/> 入院 ・ <input type="checkbox"/> 外来		
発症・負傷年月日	年 月 日			療養内訳	年 月 日から 年 月 日まで		
診療を受けた医療機関等	名称 所在地						
療養費の支給申請の理由	<input type="checkbox"/> 治療用器具等			発症の原因	療養に要した費用		
	<input type="checkbox"/> 保険証忘れ			傷病の経過			
	<input type="checkbox"/> 他保険給付の取消し			療養内容	金 円		
<input type="checkbox"/> 資格者証受診							
<input type="checkbox"/>							
※ 器具の場合	装着指示日 年 月 日			器具名			耐用(使用) 年
備 考	(年 月分)			※自己負担限度額(前期)			
	〔費用額〕			〔割合〕			円
円 ×			=円 (一部負担金)			8割.....円
.....円 ×			=円 ← 支給額			公費.....円	高額.....円

上記のとおり療養に要した費用に関する別紙書類を添えて申請及び請求します。

令和 年 月 日

【世帯主】 (住所) 〒
宇土市

(アパート名等)

(氏名) 印

(個人番号) — —

(電話番号) — —

宇土市長 様

※ 負傷の原因は第三者の行為が原因ですか (はい・いいえ)

振込先※	金融機関名				店舗名				預金種別
		銀行	金庫			支店	支所		普通・当座
	農協	信組			出張所				
口座番号					口座名義 (カタカナ)				

※ 振込先が世帯主口座でない場合は委任状が必要です。

【添付書類】◎器具…医師の証明書、領収証 ◎全額払い…領収証、診療報酬明細書(レセプト)

太枠内を記入ください