

負担割合			一般	未就学児	2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
一般・前期（65歳～69歳）		3割	一般	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	

国民健康保険療養費支給申請書 兼 請求書
（治療用装具・全額払い）

被保険者 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"/> 治療用装具等 <input type="checkbox"/> 資格不明 <input type="checkbox"/> 他保険給付の取消し <input type="checkbox"/> 特別療養費支給対象者 <input type="checkbox"/>							発症の原因		療養に要した費用	
								傷病の経過		金 円	
								療養内容			
※ 装具の場合	装着指示日 年 月 日							装具名		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										

太枠内を記入ください

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)											
(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※	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する ※利用する場合は、口座情報の記入は不要です。										
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する										
	金融機関名							店 舗 名		預金種別	
	銀行 金庫 農協 信組							支店 支所 出張所		普通 ・ 当座	
	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】◎装具…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）