



詳細(国民健康保険療養費支給申請書)

詳細(国民健康保険食事療養費標準負担額減額差額支給申請書)

|                    |                |            |          |     |
|--------------------|----------------|------------|----------|-----|
| 世帯区分               | 保険証記号番号        | 療養を受けた者の氏名 | 個人番号     |     |
| 一般・退職・混合           |                |            |          |     |
| 医療機関等名称            | 医療機関等所在地       | 生年月日       | 性別       | 続柄  |
|                    |                | S・H 年 月 日  | 男・女      |     |
| 医師、歯科医師、薬剤師氏名(療養費) | 傷病名            | 発病・負傷原因    |          |     |
|                    |                |            | 第三者行為の有無 | 有・無 |
| 発病・負傷年月日           | 傷病経過           | 療養内容       |          |     |
| 年 月 日              |                |            |          |     |
| 療養費支給申請理由(国保法第54条) |                |            |          |     |
| 療養期間<br>入院期間(食事)   | 月 日～ 月 日<br>日間 | 療養に要した費用   | 円        |     |
|                    |                | 食事療養費標準負担額 | 円        |     |
| 減額認定証不提示理由(食事)     |                |            |          |     |

詳細(出産育児一時金支給申請書)

|       |      |    |       |     |
|-------|------|----|-------|-----|
| 分娩者氏名 | 個人番号 | 続柄 | 分娩日   | 請求額 |
|       |      |    | 年 月 日 | 円   |

詳細(国民健康保険高額療養費支給申請書 1)

平成 年 月診療分

|  |                |   |     |    |     |
|--|----------------|---|-----|----|-----|
| 世帯区分                                   | 保険証記号番号        | 負担区分                                      |     |    |     |
| 一般・退職・混合                               |                | 未就学児・一般(ア イ ウ エ オ)<br>前期高齢者(上位 一般 低I 低II) |     |    |     |
| 療養を受けた者の氏名                             | 個人番号           | 生年月日                                      | 性別  | 続柄 | 傷病名 |
| ①                                      |                | S・H                                       | 男・女 |    |     |
| 医療機関等名称                                | 医療機関等所在地       | 一部負担金額                                    |     | 円  |     |
| 療養期間                                   | 月 日～ 月 日<br>日間 | 特定給付対象療養負担額                               |     | 円  |     |
| 世帯区分                                   | 保険証記号番号        | 負担区分                                      |     |    |     |
| 一般・退職・混合                               |                | 未就学児・一般(ア イ ウ エ オ)<br>前期高齢者(上位 一般 低I 低II) |     |    |     |
| 療養を受けた者の氏名                             | 個人番号           | 生年月日                                      | 性別  | 続柄 | 傷病名 |
| ②                                      |                | S・H                                       | 男・女 |    |     |
| 医療機関等名称                                | 医療機関等所在地       | 一部負担金額                                    |     | 円  |     |
| 療養期間                                   | 月 日～ 月 日<br>日間 | 特定給付対象療養負担額                               |     | 円  |     |
| 過去1年の高額療養費<br>支給該当診療月<br><br>(多数該当の場合) | 年 月診療分         | 支給額                                       |     | 円  |     |
|  | 年 月診療分         | 支給額                                       |     | 円  |     |
|  | 年 月診療分         | 支給額                                       |     | 円  |     |

※かほく市確認欄

|   |  |  |    |
|---|--|--|----|
| 代理権の確認  | 身元確認(本人又は代理人)  | 番号確認   | 備考 |
| <input type="checkbox"/> 本人の被保険者証等<br><input type="checkbox"/> 委任状<br><input type="checkbox"/> 登記事項証明書<br><input type="checkbox"/> システム<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) | 1点<br><input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証<br><input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> プレ印字書類<br><input type="checkbox"/> その他( )<br>2点<br><input type="checkbox"/> 介護・健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳<br><input type="checkbox"/> その他( ) | <input type="checkbox"/> 個人番号カード<br><input type="checkbox"/> 通知カード<br><input type="checkbox"/> システム<br><input type="checkbox"/> その他<br>( ) |    |