様式第10号(第12条関係)

|  |  |
| --- | --- |
| 福祉医療確認 | 有 ・ 無 |
| 福祉課案内 | 済 ・ 未済 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 国民健康保険 | 特別療養費療養費 | 支給申請書 |

可児市長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 記号番号 |  |
| 療養を受けた被保険者 | 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　（男・女） | 療養に要した費用円 |
| 生年月日 | 　Ｓ・Ｈ・Ｒ　　　年　　月　　日 |
| 個人番号 |  |
| 傷病名(1)(2) | 発病負傷年月日 | 発病の原因□　第三者行為□　業務上の災害□　その他 | 療養期間□　入院　　　年　　月　　日から 年　　月　　日まで□　外来日間 |
| (1)(2) | 　 | 　 |
| 傷病の経過 | 療養の内容 |
| 診療を受けた病院等の名称及び所在地 | 診療に従事した医師等の氏名 |
| 療養の給付、入院時食事療養費の支給、入院時生活療養費の支給又は保険外併用療養費の支給を受けることができなかったことの理由□　保険医療機関等で受診しなかった理由　　　　　□　保険証未更新期間　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　資格取得年月日　　　交付年月日　　　　　□　装具・輸血　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出年月日　 　 　□　その他□　保険証を所持しなかった理由(理由)　□旅行中　　□紛失　　□その他 |
| 振込口座 | 金融機関 | 銀行・農協　　　　　　　　　　　　本店・支店　信金・信組・労金　　　　　　　　　支所・出張所 |
| 口座番号 | □普通□当座 |  | 名義人 | **(カタカナでご記入ください)** |
| （世帯主と口座名義人が違う場合は、この欄に署名してください。）上記名義人口座への振込みを承諾します。　　　　　　世帯主　　　　　　　　　　　　　 |
| 上記のとおり、関係書類を添えて申請します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所世帯主　　氏　　名　　　個人番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| (注)療養費に要した費用に関する証拠書類添付書類　診療明細書・領収書（日本語翻訳文・旅券・調査に関わる同意） |
| 区　　分 | 口　未就学　□　一般　□ 65歳～69歳　70歳以上　□　２割　□　３割 |

※個人番号の利用目的：国民健康保険法による保険給付の支給に関する事務（番号法別表第１　第30項）

番号法による確認欄

|  |  |
| --- | --- |
| 本人確認 | □個人番号カード　□運転免許証　□旅券（パスポート）□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 番号確認 | □個人番号カード　□通知カード　□住民票　その他（　　　　　　）【上記により確認ができなかった場合】□持参忘れ　・　添付忘れ　・　拒否　により職員が住基で確認　（該当に○をする。）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 確認者 | 　 |