

# 国民健康保険 療養費(差額) 支給申請書

この申請書は、コルセットやギブスなどの補装具の費用を医療機関に支払ったときや、やむを得ないと認められる場合で、保険証を持たずに医療機関等を受診した場合に、自己負担額と保険適用分との差額を払い戻しする申請手続きに使用します。

## ＜療養を受けた方＞（国民健康保険の被保険者）

フリガナ		生年月日	年	月	日
氏名		個人番号			
続柄	世帯主から見て 本人・妻・子・他( )	被保険者番号	北見	—	

## ＜受けた療養の内容＞

傷病名(※)		発病・負傷年月日	年	月	日
療養を受けた期間	年 月 日から	年 月 日まで			日間
発病の原因(※) 第三者行為の有無 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無		傷病の経過(※)			
療養内容(※)		療養に要した費用			円
診療調剤の支給又は手当を受けた病院等の名称及び所在地					
診療又は調剤に従事した医師・歯科医師又は薬剤師の氏名					
療養の給付を受けることができなかった理由					

※わからない場合は記載しなくても結構です。

## ＜申請者＞（国民健康保険の世帯主）

北見市長 様 (申請日) 年 月 日	
上記のとおり申請します。	
フリガナ	生年月日 年 月 日
氏名	署名 <input type="text"/> 個人番号 <input type="text"/>
住所	電話番号 <input type="text"/> - <input type="text"/>
(建物名等)	

## ＜受け取り方法＞ ※原則として世帯主の口座を指定してください

口座名義人	カナ <input type="text"/>
郵便局の通帳に振込	通帳の記号 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 0 <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 1
銀行口座に振込	口座番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
銀行・信金・労金	本店 <input type="checkbox"/> 普通
信組・農協・漁協	支店 <input type="checkbox"/> 当座

※やむをえず口座を  
利用できない場合

為替証書払い  
 窓口払い

市処理欄  
—

## 北見市使用欄

本人確認	提出方法	状況	療養に要した費用額	円
①番・免・バ・手帳 他( ) ②証・年金・児童・ バス・社員・ 高齢証 他( ) ③ヒア	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 員( ) <input type="checkbox"/> 同住( )  <input type="checkbox"/> 代理人 代理権確認手段 保険証・委任状 他( ) <input type="checkbox"/> 郵送	一般 退職本人・退職扶養 未就学(一般・退職) 高齢者(一般・以上)	自己負担額	円
		高額 該当	有 ・ 無	支給額 (9割・8割・7割)
		係長 係	医療 助成	有・無 重・ひ・乳 員番
		合 医療 助成 係 議	支給 申請	受理 ・ 後日
備考			国保番号	
			宛名番号	

