

様式第12号（第15条・第16条関係）

国民健康保険		療養費		支給申請書	
		特別療養費			
被保険者証の記号番号	み多 1 A 2 3 4 5 6 7	世帯主名	多賀城 太郎		
療養を受けた被保険者	氏名	多賀城 太郎	世帯主との続柄	本人	一・本・被
	個人番号	*****	生年月日及び性別	昭和45年 10月 1日	
傷病名		療養期間	年 月 日から	年 月 日まで	日間
診療・薬剤の支給又は手当を受けた病院・診療所・薬局その他の者の名称及び所在地					
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					
療養に要した費用		円			
備考					
<p>上記のとおり診療に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>多賀城市長 殿</p> <p>申請者（世帯主） 住 所 多賀城市中央〇丁目〇番〇号</p> <p>氏 名 多賀城 太郎</p> <p>個人番号 *****</p> <p>電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇</p>					
振込指定口座	多賀城	銀行	多賀城	本店	
		金庫		支店	
		銀行		出張所	
	普・当 *****		フリガナ	多賀城 あやめ	続柄
			名義人	多賀城 あやめ	(子)

【添付書類】

○補装具の場合

- ・領収書のコピー
- ・診断書、医師の意見書（原本）
- ・通帳のコピー
- ・委任状（世帯主以外の口座指定のとき）

○診療費の場合

- ・医療機関で支払った10割分の領収書のコピー
- ・または旧保険者へ返還金を支払った領収書のコピー
- ・診療報酬明細書（レセプト）
- ※診療報酬明細書がない場合は、多賀城市から医療機関等へ診療報酬明細書を請求することに関する同意書を提出していただきます。
- ・通帳のコピー
- ・委任状（世帯主以外の口座指定のとき）