

被保険者記号番号						高齢受給者	2割 ・ 3割		
療養を受けた被保険者氏名						生年 月 日	年 月 日	世帯主との続柄	
※個人番号									
傷病名				発病負傷 年 月 日	年 月 日	療養 期間	年 月 日 ~ 診療日数 日間		
療養の給付を受けることができなかった理由	<input type="checkbox"/> コルセット等、 <input type="checkbox"/> 特別療養費、 <input type="checkbox"/> 他保険で受診、 <input type="checkbox"/> 海外療養費 <input type="checkbox"/> その他 ( )								
<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	名称								
診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院・診療所・薬局	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									
※※第三者行為	有 ・ 無		療養の内容						
傷病の経過			療養に要した費用		円				
<p>上記のとおり、療養費の支給について、療養費に要した費用等の証拠書類を添えて申請します。</p> <p>四日市市長 (〒 - ) 年 月 日</p> <p>住所 四日市市 _____</p> <p>            受付印 世帯主 氏名 _____            (※個人番号 )            電 話 _____         </p>									
振込 口座	金融機関	銀行・農協			本店				
	口座番号	信金・信組			支店・支所				
	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座					名義人 カタカナ	(カタカナでご記入ください)		

※個人番号は、特別療養費申請時のみ記載してください。

※※交通事故等の第三者行為の場合、保険年金課給付係(3階)<TEL059-354-8161>までご連絡ください。

<注>

■この申請書は、国保の被保険者、診療月、医療機関、入院、外来ごとに作成のうえ、領収証(原本)を添付してください。

■コルセット(補装具)の申請は、領収書(原本)と意見書・装具装着証明書(原本)を添付してください。

支払 年月	年 月	査定 金額	円	支給 金額	円	滞納 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
----------	-----	----------	---	----------	---	---