

被保険者証記号番号						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 ~ 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"/> 資格証に該当、 <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 信金・信組 支店・支所							
	口座番号	<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（資格証に該当）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
------	-----	------	---	------	---	---