

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証の記号番号		療養を受けた被保険者の氏名		世帯主との続柄	
傷病名		個人番号			
発病、傷病年月日	年 月 日	療養期間	年 月 日から		日間
			年 月 日まで		
診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局その他の名称及び所在地	名称				
	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	1 コルセット等装具は療養費払いによるため		発病原因		
	2 被保険者証の交付前に全額負担したため		傷病経過		
	3 その他 ()		療養内容		
療養に要した費用	円	備考			
上記のとおり、療養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。					
年 月 日					
		申請者 (世帯主)	住所		
			氏名		印
安田町長	様		個人番号		

委任状

私は下記の者を代理人と定め、上記療養費の受領の権限を委任する。

申請者 (世帯主) 住所 _____

氏名 _____ 印

代理人 住所 _____

氏名 _____ 印

下記の口座に振り込んでください。

口座振替依頼欄													
銀行・農協 信用金庫 信用組合			本店・本所 支店・支所 出張所			種 目		口 座 番 号					
金融機関コード			店舗コード			1 普通預金 2 当座預金 3 その他							
フリガナ													
口座名義人													

※役場記入欄

保険区分	<input type="checkbox"/> 一般	給付割合	<input type="checkbox"/> 7割	審査済費用額	一部負担金額	支給決定額
	<input type="checkbox"/> 退職本人		<input type="checkbox"/> 8割	円	円	円
	<input type="checkbox"/> 退職家族		<input type="checkbox"/> 9割			