

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 | | | |