

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証 の記号番号		個 人 番 号																																	
		療養を受けた 被保険者氏名								世 帯 主 との続柄																									
傷 病 名				療 養 期 間		自 年 月 日 至 年 月 日 (装着日等)																													
発病・負傷 年 月 日		年 月 日																																	
診察、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 等				発 病 の 原 因																															
				傷 病 の 経 過																															
				療 養 の 内 容																															
				療 養 に 要 した 費用		円																													
受領については、下記のとおり依頼します。 ☐ 公金受取口座を利用する。(マイナポータル等から登録した口座を利用される方) ※公金受取口座への振込を希望し、上記にチェックを入れた場合は、以下の金融機関情報についての記載は不要ですが、記載があった場合には以下の金融機関情報への振込を優先します。																																			
振 込 希 望 の 金 融 機 関 名		銀 行 支 店 農 協 支 所 漁 協 支 所 信用金庫		(フリガナ) 預 金 名 義		-----																													
		預 金 種 別	普通・当座	口 座 番 号																															
備 考												第三者行為		有 ・ 無																					
委 任 状		本申請に基づく給付金の受領を代理人に委任します。 年 月 日 申請者（世帯主） 氏名 _____ 住所 _____ 代理人 氏名 _____ 電話 _____																																	
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 _____ _____ (_____ 区) _____ 氏名 _____ 連絡先 _____ - _____ <table border="1"><tr><td>世帯主個人番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 長門市長 様																		世帯主個人番号																	
世帯主個人番号																																			