

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証 記号番号					一般 退職	未就学・若人 65前期・70高齢	⑩
氏名				生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
個人番号					入院・外来		
傷病名				療養期間	年 月 日から		
傷病年月	年 月 日				年 月 日まで		
病院等名称 所在地	名称： 所在地：						
医師等氏名							
療養の給付を受け ることができ なかった理由					発病の原因		
					傷病の経過		
					療養内容		
第三者行為 による傷病	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当		療養に要した 経 費		円		
振 込 先					銀行 信用金庫 農 協	本店 支店 出張所	
	1. 普通				フリガナ		
2. 当座				口座名義			

支給決定額	円
-------	---

上記のとおり、療養に要した費用に関する別紙書類を添えて申請します。

年 月 日

【世帯主】 住 所 能美市 _____ 番地 _____

氏 名 _____

個人番号 _____

能 美 市 長 あ て 電話番号 (_____) _____

***** 事務処理欄 *****

代理権の確認	身元確認 (本人又は代理人)	番号確認	備考
<input type="checkbox"/> 本人の被保険者証等	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	
<input type="checkbox"/> 委任状	<input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> プレ印字書類	<input type="checkbox"/> 通知カード	
<input type="checkbox"/> 登記事項証明書	<input type="checkbox"/> その他 (_____)	<input type="checkbox"/> システム	
<input type="checkbox"/> その他 (_____)	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳	<input type="checkbox"/> その他 (_____)	