

支給決定額	課長	補佐	係長	係員	
国民健康保険療養費支給申請書 (一般・前期高齢)					
被保険者証の 記号・番号	村上	療養を受けた 被保険者氏名			
		個人番号			
傷病名	別紙のとおり		生年月日	年 月 日	
発病負傷 年月日			療養期間	年 月 日 年 月 日 日間	
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			第三者行為(交通 事故等)の有無  有・無		
診療又は薬剤に従事した医師、 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 補装具を作ったため		発病の原因		
	2 保険証を持たずに受診のため		傷病の経過		
	3 資格証明書を提示したため		療養内容		
4 資格喪失後受診のため		5 その他[ ]			
治療に 要した 費用	(費用額) 円	(保険者負担額) 円	(一部負担金) 円	(高額療養費) 該当・非該当	
備考	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する(利用する方は口座情報記入不要)				
	給付分あり	金融機関名	銀行 本店 金庫 農協 支店		
		預金種別	当座 普通	口座 番号	
	フリガナ 口座名義人	(世帯主口座に限定)			
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	住所 電話	( ) -			
(宛先) 村上市長	世帯主 氏名				

届出人の氏名

世帯主との続柄

(裏)

(委任状)

私は、国民健康保険療養費の受領に関しては、下記のことを代理人と定め、権限を委任します。

世帯主

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

印 \_\_\_\_\_

(自署の場合は押印不要)

代理人

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

市確認欄

県障 ・ 県親 ・ 単子 ・ 無
外来 ・ 入院
回数 回目 (      ヶ月前・年前)