

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証の 記号・番号	も	療養を受けた 被保険者氏名 又は個人番号										世帯主 との 続柄	
傷病名		一般・退職被保 険者等の別	一 般 退 職 本 人 退職被扶養者										
発病又は負傷 年 月 日	年 月 日	療 養 期 間	年 月 日から 年 月 日まで 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													
療養の給付又 は入院時生活 療養費若しく は保険外併用 療養費の支給 を受けること ができなかつ た理由	発 病 の 原 因										療養 につ き算 した 費 用 の 額	円	
	傷 病 の 経 過												
	療 養 の 内 容												
備 考	費 用 額	円						給 付 額	円				
<p>上記のとおり証拠書類を添えて、支給を受けたく申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>毛呂山町長 あて</p> <p style="text-align: right;">個人番号 世帯主 住 所 氏 名 電話番号</p> <p>下記の指定口座に療養費の振込を依頼します。</p>													
指 定 口 座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座への振込を希望します。 ※左記に✓をつけた場合、下記の振込先指定口座の確認は不要です。												
	金 融 機 関	<input type="checkbox"/> 銀 行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 農 協										支 店	
	預 金 種 別	普通 当座				口 座 番 号							
	預金名義人	(フリガナ)											
委任欄(この下の欄は、世帯主と預金名義人が違う場合のみ記入してください。)													
療養費の受領を下記の者に委任します。													
											世帯主(氏名)	印	
受 領 委 任 者	(氏 名)												