

国民健康保険療養費支給申請書

被 保 険 者 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															
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 っ た 理 由		発 病 の 原 因				療 養 に つ き 算 定 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								
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。															
令和 年 月 日															
毛呂山町長 あて															
個人番号															
世 帯 主 住 所 〒															
氏 名															
電話番号															
下記の指定口座に療養費の振込を依頼します。															
指 定 口 座	☐ 公金受取口座への振込を希望します。														
	金 融 機 関	☐ 銀 行 ☐ 信用金庫 ☐ 農 協 支店													
	預 金 種 別	普通 当座			口 座 番 号										
	フ リ ガ ナ														
	預 金 名 義 人														

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)