

決 裁	課長	参事	班長	班員	令和 年 月 日支給決定	
					支給決定額	円

国民健康保険療養費支給申請書

入院・通院	第三者 該 当	(有・無)	滞納	(有・無)	マル福 (有・無)	一般	退職
被保険者証番号			個人番号				
傷 病 名			療養を受けた 被保険者氏名	歳			
発 病・負 傷 年 月 日	年 月 日		療 養 期 間	年 月 日		続柄	
診療薬剤の支給又は手当を受けた 病院、診療所、薬局その他の名称及 び所在地並びに医師等の氏名			名 称 所 在 地 医師等の氏名				
療養の給付を受けることができな かった理由(被保険者証で治療等が 受けられなかった具体的な理由)							
発病又は負傷の原因				療養に要した費用		円	
療 養 費 の 別	1. 立て替え払い等		国 内 海 外		2. 治療用装具		3. 生血
算 出 基 礎							
備 考							
上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。 令和 年 月 日 世帯主 住 所 氏 名 電 話 美郷町長 様							
☐ 公金受取口座を利用する。(利用する場合は下記に口座情報の記入不要)							
振 込 先	銀行		本店・支店	預金種別	1. 普 通	2. 当 座	
	金庫		本店・支店	口座番号			
	農協		本店・支店	口座名義			

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金の受領を代理人に委託します。										受付日付印	
	世帯主 (申請者)氏名											
	(フリガナ)											
	代理人の 氏 名											
代理人の 住 所		郵便番号								取扱者		