

決 裁	課 長	課 員	担当者	令和 年 月 日 支給決定
				支給決定金額

国民健康保険療養費支給申請書

		一般	70未満 前期	70以上 一般	70以上 現役	未就学	退職	
被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ	被保険者証 の記号番号	0000△△△					S・H R	〇〇年〇〇月〇〇日 (妻)
	傷 病 名	椎間板ヘルニア 等					大瀧 花子	
	発病負傷年月日	年	月	日	療養期間			令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日から
	入院の有無	有	無	療養期間			令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日まで	〇〇日間
診 療 薬 剤 の 支 給 ま た 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	〇〇病院						
	所在地	秋田市						
	医師等の氏名	〇〇 〇〇						
療養費の支給申請をした理由（被保険者証 で治療を受けられなかった具体的な理由）	・補装具の購入のため ・急病により保険証不携帯で受診したため 等							
発病又は負傷の原因	転倒による				療養に要した費用	円		
療養費の別	1. 立替払い等	国内 海外	2. 治療用装具	3. 生血				
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 〇〇年 〇月 〇日 住所 大瀧村字 中央1 丁目 1 番地 1 世帯主 氏名 大瀧 太郎 (印) 個人番号 電話 0185 - 45 - 2114 大瀧村長 高橋 浩人 様							

支 払 金 融 機 関	支 払 区 分	振り込み	
	金 融 機 関	1. 秋田銀行 大瀧支店	2. 大瀧村農協
	口 座 番 号	1234567	
	口 座 名 義 人	大瀧 花子	

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任します。	令和〇〇年 〇月 〇〇日	令和 年 月 日
	世帯主 (申請者) 氏名	大瀧 太郎 (印)	提出
	代理人の 氏 名	(フリガナ) オオガタ ハナコ 大瀧 花子 (印)	受付日付印
	代理人の 住 所	郵便番号 010 - 0443 大瀧村字 中央1 丁目 1 番地 1	※世帯主以外の方の 口座を希望する場合 は記入して下さい。