

国民健康保険 療養費 支給申請書

年 月 日

寒河江市長 様

世帯主 住 所 寒河江市

氏 名

個人番号

電話番号

被 保 険 者 記号・番号		区 分	一般・退職（本人・扶養） [高齢1割・高齢2割・高齢3割・未就学児]				
療養を受けた被保険者	生 年 月 日		年 月 日				
	個 人 番 号						
傷 病 名	発 病 負 傷 の 年 月 日		年 月 日				
療 養 期 間	年 月 日から 年 月 日まで（ 日間）						
療養・薬剤の支給又は手当を受けた医療機関等の名称・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							
療養給付等の支給を受けることができなかった具体的理由	1 現物給付を受けることができない		発病の 原 因				
	2 資格喪失後受診		傷病の 経 過				
	3 保険証を持参しなかった						
	4 その他（ ）						
療養内容	医科・歯科・調剤・装具 その他（ ）		療養に要した経費		円		
受取方法	1 口座振込 2 窓口払（市役所会計課）						
振込口座等	金 融 機 関 名	・銀行・信用組合 ・農協・労働金庫 ・信用金庫				・本店 ・支店 ・支所	
	口 座 番 号 (右詰で記入)					口座の 種 類	普通
	フ リ ガ ナ						
	口 座 名 義 人						
※世帯主以外の方の口座に振込を希望される場合は、次の受取委任の欄に記入してください。 本申請に基づく給付金の受領に関する権限を委任します。 年 月 日 世帯主 住 所 _____ 氏 名 _____ 代理人 住 所 _____ 氏 名 _____							
					第三者行為	有・無	