国民健康保険 療養費 / 特別療養費 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 ・高齢２割・高齢３割・未就学児 課税・非課税
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 ２　資格喪失後受診 ３　マイナンバーカード、資格確認書を持参しなかった ４　その他（　　）	発病の原因	
		傷病の経過	
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