

健康保険療養費支給申請書

被保険者証の 記号番号	阿賀野	療養を受けた 被保険者氏名		一般・退職別	年齢	若者負担率	受診時、外来か入院か 該当するものに○を書い てください
個人番号							
診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、 診療所、薬局等の名称及び所在地							外来・入院
診療又は薬剤に従事した医師、歯科医師又は 薬剤師の氏名				原因	1. 第三者行為(交通事故等) 2. 業務上の災害(通勤災害等) 3. その他		
療養の給付を 受けられ なかった理由	傷病名及び その原因	発病(負傷) 年月日	年 月 日	傷病の 経過			
療養期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	療養の内容		療養に要 した費用	円		
備考				住所・世帯主氏名・電話 番号を書いてください。			
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。 年 月 日							
阿賀野市長 様		振込希望の口座の情報を 記入して下さい。			住所 世帯主氏名 _____ 電話番号 _____		
振込指定金融機関	銀行・農協・信組	支店	普・当	口座番号	フリガナ 名 義	様	

保険証番号と受診者の個人番号(マイナンバー)を書いてください。

受診者(治療を受けた者・装具を作成したもの)の氏名を書いてください。

受診した理由に該当するものに○を書いてください。

受診時、外来か入院か該当するものに○を書いてください

住所・世帯主氏名・電話番号を書いてください。

振込希望の口座の情報を記入して下さい。

住所

世帯主氏名 _____

電話番号 _____

委任状	上記により支給されるべき療養費の受領の権限を下記の者に委任します。	
	年 月 日	世帯主 委任者 氏名 _____
		委任される者 住所 _____ 氏名 _____

振込先が世帯主の口座意外だった場合は委任状欄を書いてください。

