

国民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	若者負担区分	前期負担区分
個 人 番 号					療養時			
					申請時	***	**	***
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		年 月 日	傷病の 経 過				
	発病(負傷) 年 月 日							
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								
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					住 所 _____			
阿賀野市長 様					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		

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 _____		

