

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 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。 阿賀野市長様 年 月 日 住 所								
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する。(公金受取口座を利用する場合は以下の振込先欄の記載は不要です)				世帯主氏名 _____				
<div>個人番号記入欄</div>				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。		世帯主 委 任 者 氏 名 _____	
	年 月 日		委任される者 _____	
			住所 _____	
			氏名 _____	