

## 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 1234567	療養を受けた被保険者氏名	阿賀野 太郎		一般・退職別	年齢	若者負担区分	前期負担区分
個人番号	000000000000				療養時			
診療、薬剤の支給又は手を受けた病院、診療所、薬局等の名前	保険証番号と個人番号を記入してください。		療養を受けた者の氏名を記入してください。		由来	＊＊	＊＊＊	＊＊＊
診療又は薬剤に薬剤師の氏名					原因	該当の方に○を記入してください。		
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			傷病の経過	外来・入院		
療養期間	年 月 日から 年 月 日まで 日 間	発病(負傷) 年 月 日	年 月 日		該当するものに○を記入してください。	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		
備考	該当するものに○を記入してください。							
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 阿賀野市長様				世帯主の公金口座に限ります。	年 月 日	住 所	阿賀野市岡山町10-15	
<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入は不要です)				世帯主氏名 阿賀野 太郎 電話番号 0250-62-2510				
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	アガノ タロウ
						*	名 義	阿賀野 太郎 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 _____
振込先が世帯主以外の口座の場合は 委任状を記入してください。		