

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		療養時 申請時	一般・退職別	年齢	若者負担区分	前期負担区分
個 人 番 号	000000000000						**	***	***
診療、薬剤の支給又は手 診療所、薬局等	を を受けた病院、 に在り		療養を受けた者の 氏名を記入してく ださい。	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				
診療又は薬剤に 薬剤師の氏名	保険証番号と個人番号を記 入してください。				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 っ た 理 由		傷病名及び その 原因		傷病の 経 過	該当するものに○を記入 してください。				
療 養 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで 日 間	療養の内容	年 月 日	療養に要 した費用	円				
備 考	記入日と世帯主の住所・氏名・電 話番号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載は不要です)				世帯主氏名 阿賀野 太郎					
個人番号記入欄				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 名 義	アガノ タロウ 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。		世帯主 委 任 者 氏 名	_____	
	年 月 日		委任される者	_____	
	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。		住所	_____	
			氏名	_____	