

国民健康保険療養費支給申請書

一金 円也

上記金額を支給されるよう申請します。

ただし下記内訳のとおり

令和 年 月 日

世帯主住所 _____

氏名 _____ 個人番号 _____

電話番号 () _____

私は、世帯主の代理人として、この申請に関する権限を委任されたことを申し立てます。

青森県上北郡東北町長 殿

被保険者証 記号番号	東国	世帯主氏名				
診療を 受けた人	(フリガナ) 氏名	個人番号	申請者との 続柄			
	住所					
	療養の種別					
	診療期間	自 年 月 日 至 年 月 日	受給資格	一般		
	発病負傷日	年 月 日	診療 日数	日		
	傷病名					
	受診した 医療機関			診療科		
	受診状態		受給証			
	費用額	円	うち薬剤 一部負担	円	併用公費又は 福祉の名称	
	発病負傷理由	1 : 第三者行為(交通事故等) 2 : その他(自損事故・疾病等)				
振込先	金融機関			(フリガナ) 口座名義人		
	口座種別	普通・当座・その他()		口座番号		

※世帯主以外の口座に振り込む場合

口座名義人を代理人と定め、受領に関する権限を委任します。

世帯主氏名 _____

点数		総医療費		薬剤一部負担金	
負担率		一部負担額		支給額	
町記入欄	診断書添付		相手方	滞納保険税	税充当
	有・無			有・無	