

国民健康保険療養費支給申請書

窓口に見えた方の氏名		世帯主との続柄	
住 所			
電 話 番 号			

被保険者証記号番号							
療養を受けた被保険者氏名				生年月日	年 月 日		
				世帯主との続柄			
傷 病 名				発病・負傷年月日	年 月 日		
療 養 期 間	入院	年 月 日 から					
	入院外	年 月 日 まで 日間					
診察・薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局その他の者の名称及び所在地	名 称				医 師 歯科医師 又は薬剤師 の 氏 名		
	所在地						
療 養 の 給 付 を受けることが できなかった理由				発病の原因			
				傷病の経過			
				療養の内容			
療養に要した費用額							円

上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。

年 月 日
住 所
世帯主
氏 名

(TEL)

(宛先)志 摩 市 長

※世帯主と口座名義人が異なる場合は、以下の委任状に署名をしてください。

委任状

私は、療養費の受領に関する権限を下記口座名義人に委任します。

年 月 日 世帯主氏名 _____

振込先口座							
金融機関	銀行・農協	種 別	普 通 ・ 当 座				
	信漁連	口座番号					
支店名	支店・本店 出張所	(フリガナ) 口座名義人				

※領収書、診療明細書等を添付してください。