

国民健康保険療養費支給申請書

年 月 日

川場村長 様

住 所
世帯主 氏 名
電話番号



次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。

被保険者証 記号番号				1 一般 2 退職本人 3 退職被扶養者	
療養を受けた 被保険者氏名	性別	男 女	世帯主 との続柄		
生年月日	年 月 日生	個人番号			
傷病名			種 別	入院・入院外	
療養期間	年 月 日から	年 月 日まで	傷病の原因	日間	
診療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				
	所在地				
診療又は調剤に従事した医師、歯科医師 又は薬剤師の氏名					
療養の給付を受 けることができ なかった理由	1 緊急のため被保険者証を 持参できなかったため	療養に要した 費 用			
	2 業者に装具の作成を依頼 したため 3 その他()	支給決定額	円 〔 = 円 × 円 〕		
備 考	第三者行為の有無 有 ・ 無				
振 込 先	金融機関名	銀 行 ・ 農 協 信用金庫 ・ 信用組合		本 店 支 店	
	口座番号		預金 種類	1 普通 2 その他 ()	
	フリガナ				
	口座名義人				

※世帯主以外の方の口座に振込を希望される場合は、次の受取委任の欄に記入してください。

本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。	
年 月 日	
世帯主	住 所 氏 名
代理人	住 所 氏 名

