

# 国民健康保険療養費支給申請書兼請求書

被保険者証の記号番号	(一般・退本・退被扶)		療養を受けた被保険者				昭 平 年 月 日生				世帯主との続柄	
			氏名・生年月日									
		個人番号										
発病・負傷年月日	平成 年 月 日			療養期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで				日間				区分 入・外 歯・調
診療・その他療養を受けた診療機関等の名称												
診療・その他に従事した医師等の名称												
診療の給付を受けられなかった理由												
支給額算出表	件数	日数 (枚)	費用額		保険者負担額 支給額			一部負担金		その他		
由布市長 様						給付割合		7・8・9		第三者行為該当		

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・請求します。

平成 年 月 日

世帯主 住所 由布市

氏名 (印)

個人番号

電話番号 - -

代理申請者 住所 1.同上 2.( )

氏名 (印)

世帯主との関係 1.同一世帯 2.( )

電話番号 - -

受取方法	口座振込 (金融機関名 銀行、農協等)			普通 ・ 当座
	銀行・信組 農協・信金		本店・支店・出張所 本所・支所	
	口座番号 _____			
口座名義(カタカナ) _____				
委任状	私は、本件に関する受領を _____ に委任します。 世帯主氏名 _____ (印)			