

国民健康保険療養費支給申請書兼請求書

被保険者 記号・番号	(一般・退本・退被扶)	療養を受けた被保険者	昭平令 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	年 月 日	療養期間	年 月 日から 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。

令和 年 月 日

世 帯 主	住 所
	氏 名
	個人番号
	電話番号
代理申請者	住 所 1.同上 2.()
	氏 名
	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 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 _____	