

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										昭平令		世帯主との続柄				
			氏名・生年月日										年 月 日生						
			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 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)														
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--