

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者番号		療養を受けた被保険者氏名	
一般退職の種別	一般・退職本人・退職扶養	被保険者の個人番号	— —
年齢区分	6歳未満・6～69・70歳以上	生年月日	
発病又は負傷年月日	年 月 日	療養期間	年 月 日から 年 月 日まで (日間)
発病又は負傷の要因			
療養払いを必要とする理由		第三者行為によるものか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
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			
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			
療養の内容（内訳別紙）	①マッサージ ②補装具 ③その他（ ）		
振込先	銀行 信用金庫 信用組合 労働金庫 農協	本店 支店	口座番号 口座名義（カタカナ）
支給金額	療養に要した費用	円 × % =	円
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 世帯主 住所 氏名 (署名又は記名押印) 個人番号 — — 電話番号 — — 能代市長 様			

(請求人と振込先が異なる場合)

令和 年 月 日

本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。

(請求者) 氏名

代理人 氏名

代理人 住所

受 理