

|       |      |
|-------|------|
| 課・非の別 | 支払方法 |
|       |      |

|    |     |      |    |   |
|----|-----|------|----|---|
| 課長 | 審議員 | 課長補佐 | 係長 | 係 |
|    |     |      |    |   |

受付印

## 国民健康保険療養費支給 申請(請求)書

|                                              |                                                      |                                         |                                                      |                                         |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| ① 被保険者証の<br>記号番号                             | 菊池                                                   | 一般・退本人・退扶養                              |                                                      |                                         |
| ② 療養を受けた者の<br>氏名                             |                                                      |                                         |                                                      |                                         |
| ③ 個人番号                                       |                                                      |                                         |                                                      |                                         |
| ④ 療養を受けた者の<br>生年月日                           | 年 月 日                                                | 年 月 日                                   |                                                      |                                         |
| ⑤ 世帯主との続柄                                    |                                                      |                                         |                                                      |                                         |
| ⑥ 療養を受けた<br>病院・診療<br>所の名称・<br>所在地・医<br>師等の氏名 | 名称                                                   |                                         |                                                      |                                         |
|                                              | 所在地                                                  |                                         |                                                      |                                         |
|                                              | 医師等氏名                                                |                                         |                                                      |                                         |
| 療養年月日                                        | 年 月 日                                                | 年 月 日                                   |                                                      |                                         |
| 傷病名                                          |                                                      |                                         |                                                      |                                         |
| 療養の内容、及び療<br>養を受けるになっ<br>た具体的な原因             | 診療費<br>食事標準差額<br>柔道整復師<br>はり・きゅう<br>補装具・コルセット<br>その他 | 第三者行為(事故)以外<br>の原因である。<br>具体的な理由<br>( ) | 診療費<br>食事標準差額<br>柔道整復師<br>はり・きゅう<br>補装具・コルセット<br>その他 | 第三者行為(事故)以外<br>の原因である。<br>具体的な理由<br>( ) |
|                                              | 療養の給付を受ける<br>ことができなかった理由<br>(別添可)                    |                                         |                                                      |                                         |

上記のとおり申請(請求)します。

令和 年 月 日

世帯主 住所 菊池市

氏名

㊞

菊池市長 様

個人番号

電話番号

※

支給決定額

円 内訳

### 委任状

住所:

氏名:

私は、上記の者を代理人と定め、療養費の受領に関する一切の権限を委任します。

令和 年 月 日

世帯主

住所:

氏名:

㊞

振込先

取引銀行

支店名

口座番号

普・当

フリガナ

氏名