

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		療養を受けた被保険者氏名		続柄	
個人番号		生年月日	昭和・平成・令和	年	月 日
保険区分	1. 一般 2. 退職(本人・扶養) 3. 70歳以上(1割・2割・3割) 4. 未就学2割				
傷病名		療養期間	平成・令和	年	月 日から 平成・令和 年 月 日まで 日
療養を受けた病院、診療所、薬局等の名称及び所在地	名称				
	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					
療養に要した費用	円	療養内容			
傷病の原因				交通事故などの第三者行為の有無	有・無
療養の給付を受け取ることができなかった理由	1. 治療用装具		2. 立替払い 国内・海外		3. 生血
備考					

年度	国保会計						
	款	項	目	細目	細々目	節	細節

費用額	保険者負担分	一部負担金	支給決定額

上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて、申請(請求)します。

令和 年 月 日
住所

世帯主名
個人番号
TEL

印

由利本荘市長 様

振込金融機関	銀行 信用金庫 農協	本店・支店	店番()口座番号		
		支所・出張所	フリガナ 名義人		通帳確認

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。 世帯主 (申請者)氏名				
		印			
	代理人の氏名	(フリガナ)			
	代理人の住所	郵便番号			
			印		

※ 国保税に未納がある方は支払いが窓口払いとなり、収納担当と納税相談をしていただく場合があります。