

国民健康保険療養費支給申請書

一般
退本
退扶

被保険者証 の記号番号		療養を受けた 被保険者氏名			
個人番号					
傷病名				年 月 日生	
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	

診療、薬剤の支給又は手当てを受 けた医療機関の名称及び所在地	
-----------------------------------	--

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	
---------------------------------	--

療養の給付 を受けるこ とができな かった理由	1 補装具作成のため	発病の原因		療養に要した費用	円
	2 全額自己負担したため	傷病の経過			
	3 移送費	療養内容			
	4 その他 ()				

備 考	全額自己負担した理由				
	1 当該地域に保険診療機関が存在しなかった				
	2 届出期間内（14日以内）に手続きしたものの、手続き前に全額自己負担した				
	3 旅行中・急病等で、保険証を持参していなかった				
	4 資格喪失後に受診した診療費を他保険へ返還した				

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します。

年 月 日

〒

住所 **磐田市**

世帯主

氏名

㊞

磐 田 市 長 あて

電話 ()

振込先 金融機関	金融機関名		種別	口座番号	名義人(カタカナ)
	銀行	支店	普通 当座		
請求金額	点	審査決定 金額	点	支給決定 金額	円
	円		円		

委任状

国民健康保険療養費の受領に関する権限を 代理人： _____ に委任いたします。

世帯主氏名

㊞