

決 裁	課 長	班 長	担 当	支 給 決 定 金 額 円

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者番号	個 人 番 号	療養を受けた被保険者及び生年月日		続 柄
	— —	昭・平・令 年 月 日		
発病又は負傷の理由	1: 第三者行為(交通事故等)		2: その他(自損事故・疾病等)	入院・外来
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	
診療薬剤の支給または手当を受けた 病院、診療所、薬局その他の名称及 び所在地並びに医師等の氏名		名 称		
		所在地		
		医師等の氏名		
療養費 の別	1. 他保喪失後 2. 保険証未提示	4. 生血 3. 治療用装具	5. 海外 6. その他	療養に要した 費用 円
備 考				福祉医療 の有無 有 ・ 無

上記の通り療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

年 月 日 世帯主(届出人)
個人番号
住 所 潟上市
氏 名
電 話
潟 上 市 長 様

申 請 委 任 欄	本申請を届出人に委任します。	
	世帯主 個人番号	
	住所	
	氏名	

支払金融機関名	支 店 名	口 座 番 号	口 座 名 義 人
			カカナ
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。(マイナポータル等から登録した口座を利用される方)			

受 取 代 理 人 欄	本申請に基づく給付金の受領を代理人に委任します。 年 月 日	
	世帯主氏名	
	代理人の氏名	代理人の住所

受付者	届出人 確認欄	所得区分	一般・前期一般(1割 2割)・前期上位
-----	------------	------	---------------------