

決 裁	課 長	班 長	課 員	担当者

平成	年	月	日	支給決定
支給決定金額				

国民健康保険 療養費 支給申請書

一般	退本人	退扶
----	-----	----

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者 証 号 の 記 号 番 号	療養を受けた被保 険者氏名	M・T S・H	年 月 日	(続柄) ()
	傷 病 名		療養期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間
	発病負傷年月日				
	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			
	療養費の支給申請をした理由(被保険者証で治療を受けられなかった具体的な理由)				
	発病又は負傷の原因		療養に要した費用		円
	療養費の別	1. 立替払い等 国内 海外	2. 治療用装具	3. 生血	
	備 考				
上記のとお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。					
平成 年 月 日					
住所 南秋田郡大潟村字 丁目 番地					
世帯主 氏名 印					
電話 -					
大潟村長 様					

支 払 金 融 機 関	支 払 区 分	振り込み			
	金 融 機 関	1. 秋田銀行 大潟支店		2. 大潟村農協	
	口 座 番 号				
	口 座 名 義 人				

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。平成 年 月 日		平成 年 月 日
	世帯主 (申請者)氏名 印		提出
	代理人の 氏 名	(フリガナ)	受付日付印
	代理人の 住 所	郵便番号 - 大潟村字 丁目 番地	