

※記載例

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	987		療 養 を 受 け た 被 保 険 者 氏 名	M・T ○年○月○日 (続柄) S・H (妻)
	傷 病 名	腰椎椎間板ヘルニア		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 ○○○○病院 所 在 地 ○○県○○市 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)	補装具購入			
	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 南秋田郡大潟村字中央1丁目1番地1					
世帯主 氏名 大潟 太郎 (印)					
電話 45 - 1234					
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	1234	
	口 座 名 義 人	大潟 花子	

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 大潟 太郎 (印)		提出
	代理人の氏名	(フリガナ) オオガタ ハナコ 大潟 花子 (印)	受付日付印
	代理人の住所	郵便番号 010 - 0443 大潟村字 中央1 丁目 1 番地 1	

※代理受領の場合記載して下さい。