

支給決定何	支給決定額	市長	副市長	部長	課長	係長	係員
	円	専	専	専			

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証の種別	一般 / 退職本人退職扶養	療養を受けた被保険者氏名	世帯主との続柄	個人番号
番号	燕			
傷病名	別紙のとおり	療養期間		
発病・負傷年月日	年 月 日	年 月 日から	年 月 日まで	() 日間
診療、薬剤の支給、手当を受けた病院・診療所・薬局その他の名称				
診療、調剤を行った医療機関名及び業者名				

療養の給付を受けることができなかった理由

発病の原因	第三者行為(交通事故等)	傷病の経過	療養に要した費用 (円)
	その他 ()	療養内容 補装具・診療費その他()	

振込先(世帯主の口座)	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する(利用する方は口座情報の記入・通帳等の写しの提出が不要になります) ※マイナポータルで公金受取口座を登録している方はご利用できます。			
	受取人名		個人番号	
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する			
	金融機関名	本・支店名	口座種別	普通
	銀行・信組 信金・農協 労金	本店 支店 出張所		
口座番号	フリガナ			
	口座名義			

※世帯主以外の方の口座に振込を希望される場合は、ご記入ください。

〒 - 支給される金額の受領を左記の者に委任します。
 住所 _____
 氏名 _____ 委任者(世帯主)
 電話(連絡先) () _____
 委任者からみた続柄 _____ 印

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 〒 -

申請者(世帯主) 住所 燕市 _____
 氏名 _____
 電話(連絡先) () _____

燕市長様