

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

被保険者の記号・番号	療養を受けた被保険者氏名	世帯主との続柄	個人番号
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
	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 \_\_\_\_\_

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