

決 裁	課長	係長	担当

令和 年 月 日 支給決定			
支給決定金額		円	
一般 退職本人 退職扶養	前高7・8 前高9 就学前	上位( ) 一般( ) 非課税才	一定以上( ) 一般 低II・低I

### 国民健康保険療養費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 の記号番号	0123456	療養を受けた被保 険者氏名	横手 花子 続柄 (妻)
	傷病名	〇〇病	S・H・R	〇年 〇月 〇日
	発病負傷年月日	年 月 日	療養期間	H・R 〇年 〇月 〇日から H・R 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 〇日間
	診療薬剤の支給又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 〇〇病院 所在地 横手市〇〇123 医師等の氏名 横手 一郎		
療養費の支給申請をした理由(被保険 者証で治療等が受けられなかった具体 的な理由)	例) 補装具を制作したため 誤って他の保険証を利用したため			
発病又は負傷の原因		療養に要した費用	12345 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		交通事故等の 第三者行為	有 ・ 無	

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。

令和 〇年 〇月 〇日

個人番号 12345678900 (マイナンバーカード12桁)  
世帯主 住 所 横手市中央町8-2  
氏 名 横手 太郎  
電 話 012-345-6789

横手市長様

支 払 金 融 機 関	銀行 金庫 農協	本店 支店 支所 出張所	普通 当座	口座番号
	フリガナ			
	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。		受 付 印
	令和 年 月 日 (世帯主) 氏 名		
受取 代理人	住 所 氏 名		

来庁者 確認	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 同一世帯員( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳・証書 <input type="checkbox"/> その他( )	確認者
-----------	---	--	-----