

決	課長	係長	担当
裁			

令和 年 月 日 支給決定			
支給決定金額		円	
一般	前高7・8	上位()	一定以上()
退職本人	前高9	一般()	一般
退職扶養	就学前	非課税才	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	療養を受けた被保険者氏名		続柄()
	傷病名	S・H・R 年 月 日		
	発病負傷年月日	年 月 日	療養期間	H・R 年 月 日から H・R 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 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 所在地 医師等の氏名		
	療養費の支給申請をした理由(被保険者証で治療等が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. 治療用器具	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 年 月 日

個人番号
世帯主 住 所
氏 名
電 話 ()

横 手 市 長 様

支払金融機関	銀行	本店	普通	口座番号
	金庫	支店		
	農協	出張所	当座	
	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"/> 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
	<input type="checkbox"/> 同一世帯員()		
	<input type="checkbox"/> その他 ()		