

決定番号	第 号
支給決定額	円

費用額	保険者負担額	一部負担額	国保優先
円	円	円	円

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証 記号・番号	三条	療養を受けた 被保険者氏名	昭・平・令 年 月 日	世帯主と の続柄	
被保険者個人番号		第三者行為(交通事故等)の有無		有・無	
資格取得日	昭・平・令 年 月 日	療養期間	年 月 日から		
区 分	一般・前期高齢者		年 月 日まで		
資格区分	一般・退本・退扶		日間		
負担割合	1割・2割・3割	傷病名	別紙のとおり		
診察、薬剤の支給または手当を受けた病院、診療所、薬局その他の所在地及び名称	所在地 名称				
診察または調剤に従事した医師 歯科医師または薬剤師の氏名					
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	療養に 要した 費 用	円		
	傷病の経過				
	療養内容				

上記のとおり別紙証拠書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

住 所 三条市

世帯主氏名

世帯主個人番号

(宛先) 三条市長

電話

-

口座振込申込	下記金融機関口座へ振り込みくださるよう申し込みいたします。			
	金融機関名	銀行・信金・信組・農協		本・支店
	預金種類	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義			

※世帯主以外の世帯員に給付金の受領を委任する場合に記入してください。

委任欄	上記療養費の受領を 右代理人に委任します。 令和 年 月 日 (委任を依頼した者の氏名)	代理人	住 所	三条市
			氏 名	(※)

(※)本人が手書き又は記名押印をしてください。