

決 定 番 号	第 号	費 用 額	保 険 者 負 担 額	一 部 負 担 額	国 保 優 先
支 給 決 定 額	円	円	円	円	円

国民健康保険療養費支給申請書

被 保 険 者 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 年 月 日 まで 日 間
区 分	未 就 学 ・ 一 般 ・ 前 高 ・ 前 8 ・ 前 7	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 傷 病 の 経 過 療 養 内 容	療 養 に 要 し た 費 用 円

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 。	代 理 人	住 所	三 条 市
	令 和 年 月 日 (委 任 を 依 頼 し た 者 の 氏 名) (※) _____	氏 名	(※)	

(※) 本 人 が 手 書 き 又 は 記 名 押 印 を し て く だ さ い 。