

課長	課長補佐	係長	係

窓口受付

第三者
該当 ・ 非該当

保険区分
一般 退本 退扶
高齢 ( 1割・2割・3割 )

## 国民健康保険療養費支給申請書

( 年 月 診療分 )

被保険者証の	五所川原	療養を受けた被保険者	フリガナ
記号・番号		氏名	
傷病名：別紙診療報酬明細書のとおり		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
療養を受けた期間		年 月 日から同月 日まで	日間
診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所等の名称及び所在地	名称		
	所在地		
診療又は調剤に従事した医師、薬剤師等の氏名			
療養の給付を受けることができなかった理由			
発病又は負傷年月日	年 月 日	療養内容	
傷病の原因及び経過			
療養に要した費用額	円	決定費用額	円

振込先	銀行・金庫	支店・支所																	
	組合・農協	出張所																	
	普通・当座	フリガナ	口座名義人																
店番・口座番号																			

上記のとおり、国民健康保険療養費の支給を申請します。

年 月 日

〒 -

世帯主 住所： 五所川原市

氏名：

電話番号：

五所川原市長 殿

委任状

私は、 \_\_\_\_\_ を代理人と定め、療養費の受領に関する権限を委任します。

年 月 日

住所： 五所川原市

世帯主

氏名：

代理人 住所： 五所川原市

続柄 ( ) 氏名：

五所川原市長 殿