

課長	課長補佐	係長	係

窓口受付

第三者行為
該当 非該当

保険区分
一般・未就学2割 前期高齢 2割・3割 外来 入院

国民健康保険 療養費 支給申請書

(令和 年 月診療分)

被保険者証 記号・番号	五所川原				療養を受けた 被保険者	フリガナ ゴシヨ ハナコ
					氏名 五所 花子 (受診者)	
				マイナンバー	2 3 4 5 6 7 8 9 1 0 1 2	
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 5 年 4 月 1 日				

療養を受けた期間	令和 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	令和 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

支給方法	<input type="checkbox"/> 世帯主の公金受取口座を利用します。 ※マイナポータルでの登録を済まされた方が利用できます。 <input checked="" type="checkbox"/> 振込口座を指定します。(下記に口座情報をご記入ください。)
振込先	青森 銀行 ・金庫 五所川原 支店 ・支所 組合・農協 出張所
	普通 フリガナ ゴシヨ タロウ 当座 口座名義人 五所 太郎 (世帯主)
	店番・口座番号 5 0 1 - 0 1 2 3 4 5 6

上記のとおり、国民健康保険療養費の支給を申請します。

令和 **3** 年 **5** 月 **1** 日

〒 **0 3 7 - 0 0 5 3**
世帯主 住 所 五所川原市 **布屋町〇〇〇〇**
氏 名 **五所 太郎**
マイナンバー
(公金受取口座を利用
する場合は記入必須) **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0**
電話番号 **0 1 7 3 - 3 5 - 〇 〇 〇 〇**

五所川原市長 殿