

国民健康保険療養費支給申請書

年 月 日

日進市長 あて

申請者（世帯主）住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

個人番号 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_

下記のとおり申請します。なお、窓口に行けない場合は次の者に申請書の届出を委任します。

受任者（届出人）住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_

委任者（世帯主）からみた続柄 \_\_\_\_\_

被 保 険 者 証 記 号 番 号			個 人 番 号		
療 養 を 受 け た 被 保 険 者 氏 名			世帯主と の 続 柄	交 通 事 故 等 の 第 三 者 行 為	有・無
傷 病 名	一 般 ・ 退 職 者 の 区 分		一 般 ・ 退 職 者 ・ 被 扶 養 者		
発 病 ・ 負 傷 年 月 日	療 期	養 間	年 月 日 从 始	年 月 日 迄	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					
診 療 又 は 調 剤 に 従 事 し た 医 師 歯 科 医 師 又 は 薬 剤 師 の 氏 名					
療 養 の 給 付 を 受 け る 事 が できなかつた 理 由	発 病 の 原 因			備 考	
	傷 病 の 経 過				
	療 養 内 容				
療 養 を 要 し た 費 用	円	審 査 決 定 費 用 額	円	支 給 決 定 額	円
振 込 先 金 融 機 関	銀 行 信 用 金 庫 農 協		支 店 出 張 所		
預 金 種 別	1. 普通預金		2. 当座預金		
口 座 番 号					
(フリガナ)					
口 座 名 義 人 氏 名					

※ 世帯主（届出人が届け出る場合は届出人）の本人確認書類を持参してください。また、世帯主以外の口座に振り込みを希望し、かつ、世帯主以外の方が届け出る場合は、世帯主の本人確認書類も持参してください。

世帯主（葬祭費支給申請の場合は申請人）の本人確認書類

1点	運転免許証・パスポート・個人番号カード(写真あり)・在留カード・身体障害者手帳・その他(顔写真付証明書等)	)
2点	医療保険証・年金手帳・年金証書・学生証(写真あり)・社員証(写真あり)・キャッシュカード・預金通帳クレジットカード・その他(	)

届出人の本人確認書類

1点	運転免許証・パスポート・個人番号カード(写真あり)・在留カード・身体障害者手帳・その他(顔写真付証明書等)	)
2点	医療保険証・年金手帳・年金証書・学生証(写真あり)・社員証(写真あり)・キャッシュカード・預金通帳クレジットカード・その他(	)