

国民健康保険療養費支給申請書

療

下記のとおり申請します。

年 月 日

(宛先) 新潟市長

申請者(世帯主)

郵便番号

住 所
新潟市

氏 名 電話番号 - -

個人番号

療養を受けた被保険者

被 保 険 者
記 号 ・ 番 号 新潟 - (枝番)

氏 名

生 年 月 日 年 月 日

入院・外来の区分 入院 ・ 外来

個 人 番 号

発病・傷病の原因 事故 ・ その他

支 払 区 分	口座振替金融機関	預金種別	口座番号	口 座 名 義
1 口座振替 2 その他 (現金受領の場合、押印が必要です。)	銀行 信用金庫 信用組合 労働金庫 農協	本店 支店 出張所 1 普 通 2 当 座 3 貯 蓄 4 別 段		(フリガナ) 氏 名

委任状

支給される金額の受領を下記の者に委任します。

年 月 日

郵便番号

受任者 住 所

氏 名 印 電話番号 - -

(受任者、委任者とも押印願います。)

委任者(世帯主) 印

処理欄(以下は、記入しないでください。)

発病 (負 傷) 年 月 日		年 月 日	療 養 期 間	年 月 日から 年 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、 薬局等の名称及び所在地 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				
傷 病 名			療 養 内 容		療 養 に 要 した 費 用	円	保 険 者 の 決 定 し た 費 用	円	
発 病 の 原 因			傷 病 の 経 過		療 養 の 給 付 を 受 け ら れ な か っ た 理 由				
一 般		支 給 決 定 金 額				受 付 者	受 付 区	管 轄 区	高 齢 受 給 者
退 職	本人				千				負 担 割 合
	扶養								