

様式第6号 (第7条関係)

国民健康保険療養費支給申請書

受付者	
耐用年数	年
福祉	有・無
入外区分	入・外
本人確認	有・無
納付確認	

被保険者証記号番号		個人番号						
対象者氏名		生年月日	年	月	日	男・女		
療養を受けた医療機関等の名称と所在地								
療養に従事した医師等の氏名								
療養の給付等を受けることができなかった理由	☐ 補装具による治療のため ☐ 保険証未提示のため ☐ 海外療養費のため ☐ その他（ ）							
傷病名及び原因								
発病または負傷した日			療養期間		年　　月　　日から 年　　月　　日まで			
傷病の経過								
療養内容								
療養につき算定した費用の額								
振込先				銀　行	本　店			
				信用金庫	支　店			
				農　協	出張所			
	種目	口座番号			口座名義人（カタカナ）			
1　普通	:	:	:	:				
2　当座	:	:	:	:				
3　その他	:	:	:	:				
上記のとおり申請します。交通事故等の第三者行為（有 ・ 無） 年　　月　　日 世帯主住所氏名電話番号（ ）－ 個人番号 (宛先)愛西市長 (委任欄) 私は _____ を代理人と定め、次の権限を委任します。 この申請に基づく給付費の受領に関すること。 世帯主氏名 _____								

費用額	保険者負担額	被保険者負担額	備考
			一般 退職 1割 2割 3割