様式第６号（第７条関係）

| | |
|---|---|
| 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 | |

# 国民健康保険療養費支給申請書

| | | | |
|---|---|---|---|
| 被保険者記号番号 | | 個人番号 | |
| 対象者氏名 | | 生年月日 | 年　月　日 |
| 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<br>□ 海外療養費のため　□ その他（　　） | | |
| 傷病名及び原因 | | | |
| 発病又は負傷した日 | | 療養期間 | 年　月　日から<br>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<br>信用金庫<br>農　協 | | 本　店<br>支　店<br>出張所 |
| | 種目 | 口座番号 | 口座名義人（カタカナ） |
| | 1　普通<br>2　当座<br>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<br>１割　２割　３割 |