

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者 記号番号	湧水国保	療養を受けた 被保険者個人番号		
療養を受けた 被保険者氏名		生年月日		年 月 日
療養費種類	補装具・一般診療・()	入外区分	入院・外来	負担割合 3割・2割
傷病名				
診療, 薬剤の支給又は手当を受 けた医療機関等の所在地				
診療, 薬剤の支給又は手当を受 けた医療機関等の名称				
診療又は調剤に従事した 医師等の氏名				
療養の給付を受けることが できなかった理由				
発病, 負傷年月日	年 月 日	第三者行為の有無	有 ・ 無	
療養期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
発病の原因・傷病の経過・療養内容		別紙明細		
食事回数	回	療養に要した費用額	円	
食事費用額	円	一部負担金額	円	
食事標準負担額	円	支給金額	円	

振込先口座

	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合 ()	本店 支店 出張所	口座 種類	1 普通 2 当座 4 貯蓄
口座番号	(金融機関コード*)			
口座名義人	(カナ) ----- (漢字)	※世帯主以外の方の口座を指定する場合、 下の委任状欄に記載が必要です。		

上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。	
年 月 日	住所 世帯主氏名 個人番号 電話番号
湧水町長	殿

委任状 (世帯主以外の方が受領する場合、記載が必要です。)			
年 月 日			
委任者 (世帯主)	(住所) ----- (氏名)	<input type="checkbox"/> 療養費に関する受領について 下記代理人に委任します。	
代理人	(住所)	世帯主との関係	
	(氏名)	電話番号	