

国民健康保険 療養費支給申請書

山形村長 様

年 月 日

(世帯主)

住 所 _____
氏 名 _____
個 人 番号 _____
電 話 _____

(届出者)

※ 届出者が世帯主であれば記入不要
氏 名 _____
世帯主 _____
との _____
続 柄 _____

下記のとおり、療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請（請求）します。

被保険者証の記号・番号		山 形 ・									
療養を受けた被保険者	氏 名					男・女	世帯主との続柄				
	生 年 月 日	年 月 日									
	個 人 番 号										
区 分	入 院 ・ 外 来				療養等の期間		年 月 日 から				
傷 病 名							年 月 日 まで (日間)				
療養を受けた病院、診療所、薬局、訪問看護ステーションの名称及び所在地		名 称									
		所在地									
診療又は調剤等に従事した医師、歯科医師又は薬剤師の氏名											
医療機関等に支払った費用		円									
振 込 先 金融機関	銀行 支 店 農協 支 所 信金 出張所				口座の種類	普通・当座・その他 ()					
					口 座 番 号						
					フリガナ 口座名義人						
委 任 状 申請者と振込先（口座名義人）が異なる場合		国民健康保険療養費の受領について、上記の口座名義人に委任します。 申請者（世帯主） 氏名 _____ 印									