

決定 伺	課長	課長補佐	係長	係員	給付係	担当者	備考
							振替日 ・ ・ 予定
	摘要						
	費用額		7割	自己負担額		支給決定額	
	円		8割	円		円	

**国民健康保険療養費支給申請書**

被保険者証	- - -	第三者の行為によるものか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						
フリガナ		世帯主との続柄						
療養を受けた被保険者氏名		個人番号						
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳)		運免・保険証・個カ・その他 (通カ・診察券・ 番号等 )					
資格区分	療養を受けた保険医療機関等の名称、所在地							
1 一般	2 退職本人	3 退職扶養	4 前期高齢者	名称				
傷病名				所在地				
療養の給付を受けることができなかった理由						療養に要した費用		
1 治療用装具 ( )						円		
2 診療費10割負担								
3 その他 ( )								
受領の方法	口座振替	金融機関名	銀行 農協 金庫					口座種別
		口座番号						1 普通
		フリガナ						2 当座
		名義						
国民健康保険法第54条に規定する療養費の支給に別紙証拠書類を添えて申請します。								
令和 年 月 日								
住所 遠野市								
世帯主名 印								
個人番号								
電話番号								
遠野市長 様						運免・保険証・個カ・その他 (通カ・診察券・ 番号等 )		

※備考 医師の証明 (診断書の原本等)、領収書の写しを添付すること。  
預金口座の名義が世帯主と異なる場合は、委任状が必要です。