

国民健康保険療養費支給申請及び請求書

(平成 年 月診療分)

(一般・退職本人・退職被扶養者)

(前期高齢者：該当・非該当)

被保険者証の記号・番号	神埼	療養を受けた被保険者氏名 個人番号		世帯主との続柄	
傷病名		生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)		
発病、負傷年月日	平成 年 月 日	電話番号			
診察、調剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局その他の者の名称及び所在地		名称： 所在地：			
診療又は調剤に従事した医師、歯科医師又は薬剤師の氏名					
療養の給付を受けることができなかった理由	発病の原因				療養に要した費用 円
	傷病の経過				
	療養の内容				
第三者行為（交通事故等）		有 ・ 無			
備考	※計算式（自己負担額）				支給額
	円*0.3=		円（現役並み）		
	円*0.2=		円（S19.4.2 生以降、未就学児）		
円*0.1=		円（S19.4.1 生以前）			
振込先	金融機関名		支店名		円
	(カナ記入)				
	口座名義人		口座番号		
<p>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。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>申請者（世帯主） 住 所 _____</p> <p>氏 名 _____ ㊞</p> <p>個人番号 _____</p> <p>電話番号 _____</p> <p>神 埼 市 長 様</p>					
<h3>委任状</h3> <p>住所 _____</p> <p>氏名 _____</p> <p>私は、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・療養費に要した費用の受領に関する事 <p>平成 年 月 日</p> <p>申請者（世帯主） 住 所 _____</p> <p>氏 名 _____ ㊞</p> <p>個人番号 _____</p> <p>電話番号 _____</p>					