

国民健康保険療養費支給申請及び請求書

(年 月診療分)

(前期高齢者：該当・非該当)

被保険者 記号・番号	神 埼	療養を受けた 被保険者氏名			世帯主と の続柄	
		個 人 番 号				
傷 病 名		生年月日	年 月 日 (歳)			
発病、負傷 年 月 日	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	
		傷病の経過			円	
		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） 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）					支 給 額
	金融機関名		支店名		種別	
振 込 先	(カナ記入)			口座番号	円 ー	
	口座名義人					
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 申請者（世帯主） 住 所 氏 名 個人番号 電話番号 神埼市長 實松 尊徳 様						
委 任 状 住所 氏名 私は、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。 ・療養費に要した費用の受領に関する事 年 月 日 申請者（世帯主） 住 所 氏 名 個人番号 電話番号						