

国民健康保険療養費支給申請書

証番号		証明月	年 月	世帯課税区分		高齢課税区分	
-----	--	-----	-----	--------	--	--------	--

一般・退本・退扶

療養を受けた人		診療、薬剤の支給または手当を受けた病院等	
氏名		病院名	
生年月日	昭・平・令 年 月 日	医師の氏名	
個人番号		傷病名	
続柄		発症・負傷年月日	
負担割合	割	第三者行為該当	有 ・ 無
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	円
発病の原因		審査決定額	円
傷病の経過		支給決定額	円
療養の内容		一部負担金	円

上記の通り、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。
令和 年 月 日

伊達市長 様

世帯主 住所 _____ 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | |

氏名 _____ ⑩ 電話番号 _____

金融機関名 _____ 支店名 _____

口座名義人 _____ 口座番号 _____ 種別 _____

委任状

住所 _____

氏名 _____ 電話番号 _____

金融機関名 _____ 支店名 _____

口座名義人 _____ 口座番号 _____ 種別 _____

私は、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

- ・ 国民健康保険療養費の受領に関する事

令和 年 月 日

世帯主 住所 _____

氏名 _____ ⑩