国民健康保険療養費支給申請書

年　　月　　日

様似町長　　様

申請者（世帯主）
住　所　様似郡様似町
氏　名
連絡先

次のとおり、療養費の支給を申請します。

被保険者証記号・番号	様			
療養を受けた被保険者	氏　名		世帯主との続柄	
	生年月日	年　月　日	個人番号	
発病・負傷年月日	年　月　日	療養期間	自　年　月　日 至　年　月　日	
受診した医療機関		傷病名		
療養に要した費用	円	療養内容		
発症の原因	☐ 第三者行為（交通事故等）　☐ その他（疾病等）			
療養の給付を受けることができなかった理由	☐ 被保険者証を持たずに受診した ☐ 治療用装具をつくった ☐ 医師が必要と認めた、柔道整復・あんま・はり・きゅうの施術を受けた ☐ その他（　　）			

振込先	銀行・信金　　支店		口座種類	普通・当座
	フリガナ		口座番号	
	口座名義			

委任状欄

（申請者と振込先口座名義人が異なる場合は記入してください）

年　　月　　日

この給付の受領に関する一切の権限を（口座名義人）に委任します。

委任者（世帯主）　氏名

処理欄	点　数	点	確認資料 領収書　医師の証明書　医師の同意書 診療内容明細書　施術明細書 日本語翻訳文 その他（　　）
	総医療費	円	
	一部負担額	円	
	支給額	円	