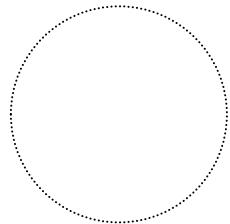


支給決定 令和 年 月 日



支 給 同	支給決定額	課 長	課長補佐	係 長	係 員
	円				

国民健康保険療養費支給申請書

(宛名No.)

被保険者 記号・番号	小千谷			療養を受けた 被保険者氏名					
				生年月日	年 月 日 (歳)				
	0 0 0	個人番号							
診療、薬剤の支給又は手当を受けた医療機関の名称及び所在地								※第三者行為 (交通事故等)	有 無
診療又は診剤に従事した医師、歯科医師又は薬剤師の氏名									
療養給付を受けられなかつた理由	治療用装具のため	傷病名							
		発病(負傷) 年 月 日	年 月 日	傷病の経過					
療養期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	療養内容	療養に要した費用			円			

どちらかに✓をしてください。

- 公金受取口座を利用する。(世帯主の口座に限ります。振込先の記載は不要です。)
 振込先を指定する。(下記に記載ください。)

療養費の 振込金融機関	銀行 農協		口座番号 普通・当座								
	信用組合		本店								
	労働金庫		支店		(フリガナ)						
	信用金庫		支所		名義人						
備考	3・2・1 割負担	科	款	項	目	事業	節	細節	細々節	伝票No.	検算者
		目	2	1	2	01	18	1	1		印

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

世帯主 〒 —
住 所 小千谷市

氏 名 _____
個人番号 _____

TEL

小千谷市長 あて

本人確認記録	連絡票	有 無	課 係			
提出書	本人	代理人(個・法)	番号記載			
代理権確認	戸(法定)	委(任意)	その他(個保運バ)			
番号確認	個	通	住写	住証	GP	
身元確認(代理人においては代理人の身元確認)	1点	個	運	バ	身	精
	2点	国	健	船	後	介
		()				
	4点	年金 児扶 特児 他 本人しか持ちえない書類若しくは GP による聞き取り .				
	法人	証明(登記印鑑)関係を証する書類(社員証等)				