国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証記号番号		琴浦		
療養を受けた被保険者	個人番号			
	氏名			
	申請者との続柄		生年月日	年　月　日生
傷病名				
発病・負傷年月日		年　月　日		
発病・負傷の原因		□第三者行為（交通事故等）　□その他（自損事故･疾病等）		
療養期間		年　月　日より　年　月　日まで　日間		
療養を受けた病院診療所薬局等の名称及び所在地				
療養に従事した医師歯科医師等の氏名				
支給申請の理由（添付書類）		□ 治療用装具　（医師の意見書、領収書） □ あんま･マッサージ　（内訳の分かる申請書、領収書、医師の意見書） □ 他保険で受診　（旧保険者への返還金領収書、レセプト交付同意書） □ 自費診療　（領収書、レセプト交付同意書） □ その他　（　）		
負担割合		□ 未就学２割　□ 一般３割　□ 高齢受給者（１割・２割・３割）		
療養に要した費用額		円	支給金額	円

上記のとおり療養費の支給を申請します。なお、支払いについては次の口座に振り込んでください。

年　月　日

住　所

申請者(世帯主)　氏　名　　印

電　話　（　　）

個人番号

琴浦町長　様

振込先金融機関名					預金種目
	銀行　信用金庫 農協　信組　（　　）		本店（所） 支店（所） 出張所		1　普通 2　当座
金融機関コード			店番号		
口座番号（右詰めでご記入ください。）		フリガナ			
		口座名義			

委任状（申請者以外の口座に振り込む場合に記入が必要です）		
委任する事項	国民健康保険療養費の受領に関する一切の権限	
委任者（申請者）	住所	委任年月日
	氏名　　印	年　月　日
受任者（口座名義人）	住所	委任者との続柄
	氏名　　印	