

決 裁	課 長	参 事	課長補佐	係 長	係 員	担 当 者	伺 年 月 日	令和 年 月 日
							決裁年月日	令和 年 月 日
							支給決定額	

国民健康保険療養費支給申請書 (☐ 一般 ☐ 未就学児 ☐ 65歳～69歳 ☐ 70歳以上)

被保険者証 番号		療養を受けた 被保険者氏名	フリガナ	給付割合	割
被保険者の 個人番号		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	世帯主と の続柄	
傷病名			令和 年 月 日 から		
発病負傷 年月日	令 和 年 月 日	療養期間	令和 年 月 日 まで		日間
診療薬剤の支給または手当を受けた病院 診療所、薬局その他の名称及び所在地			名 称		
			所在地		
診療または調剤に従事した医師、歯科医師 または薬剤師の氏名					
療養費の支給申請を した理由(被保険者 証で治療等が受けら れなかった具体的な 理由)			発 病 の 原 因		
			傷 病 の 経 緯	☐ 第三者の行為によるもの ☐ その他	
			療 養 内 容		
			療養に要した費 用	円	
備 考					

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 仙北市 _____

氏 名 _____ ㊞(自署の場合は押印不要)

個人番号 _____

電話番号 _____

仙 北 市 長 様

受付日付印

=窓口担当者記入欄=

【届出人】数字に○をする

1. 本人
2. 代理人 氏名:
続柄:

【本人確認方法】数字に○をする

1. マイナンバーカード 2. 運転免許証
3. 保険証 4. その他 ()

仙北市

[illegible]

請求金額の頭には、「¥」を記入のこと。

仙北市長 様 上記の金額を請求します。

令和 年 月 日

住所 仙北市

氏名 _____ 印 _____

課（機関）名		国保市民課 国保年金係			
検 収 （債務確認）					
検 収 日			検 収 印		
口 座 振 替					
(カタカナ) 口座名義					
振込銀行		銀行 農協 金庫		支店 支所 出張所	
口座種類	○ 当座		○ 普通		
口座番号					

件名	被保険者	療養費	請求者用整理番号						
内 訳	品 名 又 は 要 件	規格品質	数量	単位	単 価	金 額			納品月日
	療 養 費	費 用 額	給 付 割 合		自 己 負 担 額	千 円			／
	申請年月日								／
	支給決定年月日								／
									／
									／
									／
				合 計					

(注) 1. 小切手又は現金受領のときは、この請求書に押印した印鑑を持参すること。

委任状

都合により、 を代理人と定め、私が貴市から受領すべき
療養費　の代金　円也の受領に関する一切の権限を同人に委任します

世帶主住所仙北市

(申請者)

氏 名

代 理 人 住 所 仙北市

氏 名

印