

# 国民健康保険療養費支給申請書

年 月 日

八幡浜市長様

〒 -

世帯主 住所

氏名

\*個人番号

電話番号 ( ) -

\*個人番号欄には、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に基づく個人番号を記入

下記のとお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。

保険者番号	380048		国保区分	一般・一般高齢者		
受給者	*個人番号	<input type="text"/>	被保険者証番号			
	氏名					
	生年月日	年 月 日	世帯主との続柄			
	発病・負傷	年 月 日	発病の原因	1. 第三者傷害 2. その他		
発病・負傷	年 月 日	医療の期間	年 月 日～ 年 月 日(日間)			
(療養の種類)	(添付すべき証拠書類)		療養に要した費用			
1. 治療用装具	領収書・診断書			円		
2. あんま・マッサージ	領収書(明細書)・同意書(診断書)			円		
3. はり・きゅう	領収書(明細書)・同意書(診断書)		一部負担額	円		
4. 柔道整復	領収書(明細書)			円		
5. その他 ( )	領収書・診断書等		※審査決定額	円		
6. 一般診療 医・歯・薬	領収書・明細書(レセプト)			円		
一般医療を受けた理由						
医療を受けたところ	医療機関等 所在地 名称 氏名			審査 済 印		
取引銀行等の 預金口座	受取口座	銀行・信用金庫 協同組合	口座番号			口座名義人(フリガナ)
		本店・支店 出張所	<input type="text"/>			<input type="text"/>
		<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。(注) 利用する場合、口座情報の記入は不要です。				
※支給決定 伺	1. 承認する	支給決定年月日	年 月 日	支給決定額	受付 印	
	2. 不承認 (理由)					
	決済欄	備考欄				

注：審査決定額＝費用額－一部負担額

※来庁者 ( ) 続柄 ( )

# 委任状

年 月 日

八幡浜市長 様

私が八幡浜市より支払いを受ける、療養費の受領に関する権限を委任します。

委任者 (申請者)	受任者 (口座名義)																				
住所	住所																				
氏名	氏名																				
個人番号	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				

※自署以外の場合は押印が必要です。