

課長	補佐	係長	課員	確認事項	確認者
				一般・退職／入院・外来	
				自己負担割合	
支給額計算	総医療費		保険者負担割合		支給額
	円	×		÷	円

国民健康保険療養費支給申請書

診療を受けた人	被保険者証の記号番号	—	世帯主との続柄	義務教育就学前 義務教育就学後～70歳未満 70歳以上	
	氏名				
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		個人番号	
	診療期間	～		診療日数	日
	傷病名			第三者行為の有無	有・無
	受診した医療機関名			医療機関分の費用※装具含む	円
	受診した薬局等名			薬局等分の費用	円
	併用公費又は福祉の名称			総費用額	円
療養の給付を受けることができなかつた理由		<input type="checkbox"/> 被保険者証を持っていなかった(理由：) <input type="checkbox"/> 遅延して国保資格を取得した 又は 以前加入していた被保険者証を使用した <input type="checkbox"/> 医師の指示により治療用装具を作成した <input type="checkbox"/> 医師の同意を得て鍼灸マッサージ等施術を受けた <input type="checkbox"/> 海外の医療機関で受診した(理由：) <input type="checkbox"/> その他()			
受取口座		<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する。(利用する場合は口座情報の記入不要) <input checked="" type="checkbox"/> 振込口座を指定する。			
振込先	金融機関	銀行 農協	支店 支所	(フリガナ) 口座名義人	
	口座種別	普通・当座・その他()		口座番号	

上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。

令和 年 月 日

零石町長 殿

世帯主 住所 零石町

氏名 印

個人番号 _____

連絡先(— — —)

受領委任	上記療養費の受領の権限を _____ に委任します。		
	令和 年 月 日		
	氏名 印		