

下記支給申請書のとおり申請がありましたので、支給決定し支払うこととしてよろしいか伺います。

決裁印	決裁欄				確認欄	
	課長	補佐	主査	課員	確認事項	確認者
					一般・退職／入院・入院外	
					支給基準	

国民健康保険療養費支給申請書							
被保険者証の 記号番号	—	被保険者氏名		続柄			
傷病名		個人番号		義務教育就学前 義務教育就学後～70歳未満 70歳以上			
		生年月日	S・H・R	年	月	日	
		療養期間		年	月	日から	
発病・負傷 年月日	年 月 日			年	月	日まで	
診療、薬剤の支給または手当を受けた病院、診療所、薬局、その他の者の名称及び所在地							
診療又は調剤に従事した医師又は調剤師の氏名							
療養の給付を受け ることができな かった理由		発病の原因		第三者行為の有無	<input type="checkbox"/> あり		
		疾病の経過		療養に要した 費用	円		
		療養内容					
保険者記入欄	支給決定額 @ 円 × 円						
金融機関名 及び 口座名義人	金融機関名	銀行・農協 支店・支所・出張所					
	預金種別	普通（総合）・当座	口座番号				
	フリガナ						
	口座名義人						
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。							
零石町長 猿子 恵久 殿 令和 年 月 日 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						