

※記載不要 市記入欄

1.診療	一般・退職（本・扶）[7割 8割]
	70以上 [7割 8割 9割]

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証の記号番号		療養を受けた被保険者氏名生年月日 <small>(昭和・平成・令和 年 月 日)</small>		続柄	
傷病名		被保険者個人番号			
発病、負傷年 月 日	年 月 日	療養期間	年 月 日	年 月 日	日間
診療、薬剤の支給又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		名称 所在地			
診療又は調剤に従事した医師 歯科医師又は薬剤師の氏名					
☆この医療機関への受診は第三者行為(※)によるものか ※第三者行為…交通事故などの、第三者行為での負傷のこと			はい ・ いいえ		
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			療養に要した費用 円	
	傷病の 経過				
	療養内容				
振込先	銀行 金庫協 支店	普通 当座	口座番号		
			フリガナ		
			口座名義人		
委任状					
<small>※振込先が世帯主名義の口座ではない場合に必要です</small>					
年 月 日 野々市市会計管理者 あて 私は、(続柄:) を代理人として、野々市市健康保険に関する療養費に係る権限を委任いたします。 世帯主 氏名 (印)					
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。					
年 月 日 野々市市長 栗 貴 章 あて 世帯主 住 所 野々市市 氏 名 (印) 個人番号 電話番号 () -					

申請者	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 世帯員 <input type="checkbox"/> その他(氏名:)	個人番号の確認	受付者
身元確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他()	代理権 の確認	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 本人の被保険者証 <input type="checkbox"/> その他()
		<input type="checkbox"/> 住基情報 <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号カード その他()	