国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証の記号番号	佐国保	□ 一般 □ 退職（ 本人・扶養 ）	
個人番号		□ 入院 □ 外来	
療養を受けた者の氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日

発病負傷年月日	令和 年 月	療養期間	令和 年 月 日 令和 年 月 日 日間
傷病名	□ 別紙証明書のとおり □ （ ）	療養に要した金額	円

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。医師又は歯科医師又は薬剤師の氏名	所在地 名 称	
	氏 名	

療養給付を受けることができなかった理由	□ 治療用装具申請のため □ その他 （ ）	発病の原因	
		傷病経過	
		療養内容	

受領の方法	□ 口座振込 □ 窓口払い	金融機関名 □ 大分銀行 □ 大分信用金庫 □ 大分県農協 □ ゆうちょ銀行 □ （ ）銀行 金庫 組合	支店名 支店 支所 店番	口座番号 フリガナ 口座名義人
			預金種目 普・当・貯	

交通事故等の第三者行為の有無	□ 有 □ 無	

上記のとおり療養費の支給を申請します。

令和 年 月 日

世帯主 住所 佐伯市

個人番号

氏名 （TEL ）

佐伯市長 様

＊保険税等に未納がある場合は、窓口支給に変更することもあります。ご了承ください。

※振込口座が世帯主以外の場合はご記入ください。

委任状

上記により支給される金額の受領を次の者に委任します。

受任者 住所

氏名 （世帯主との続柄 ）

TEL（ ）

委任者（世帯主）（自署、または記名と押印） 氏名 ㊞

※世帯主、受任者以外の場合はご記入ください。

届出人

住所

氏名

TEL （ ）

※市記入欄

受 付	
受付日	

確認書類	□ マイナンバー □ 免許証 □ その他 2点（ ） □ 聴聞 （ ）

費 用 額	
自己負担額	
支給決定額	