

|    |    |             |    |   |          |     |
|----|----|-------------|----|---|----------|-----|
|    | 課長 | 審議員<br>課長補佐 | 係長 | 係 | 受付       | 受付者 |
| 専決 |    |             |    |   | 令和 年 月 日 |     |

## 国民健康保険療養費支給申請書(一般診療)

|             |          |                                |             |                          |    |   |
|-------------|----------|--------------------------------|-------------|--------------------------|----|---|
| 被保険者<br>番号  | 0 0      | 療養を受けた<br>被保険者氏名               |             | 世帯主<br>との続柄              |    |   |
|             |          | 生年月日                           | S・H・R 年 月 日 |                          |    |   |
|             |          | 個人番号                           |             |                          |    |   |
|             |          | 被保険者資格区分<br>(一般・未就学児・前期・退本・退扶) |             |                          |    | 歳 |
| 発病負傷<br>年月日 | 令和 年 月 日 | 入<br>外                         | 療養期間        | 令和 年 月 日から<br>令和 年 月 日まで | 日間 |   |

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

診療または調剤に従事した医師、歯科医師、  
または薬剤師の氏名

|                              |                    |       |      |                   |
|------------------------------|--------------------|-------|------|-------------------|
| 療養の給付を受<br>けることができ<br>なかった理由 | 医療機関へ<br>保険証未提示のため | 発病の原因 | 不詳   | 療養に要した費用<br><br>円 |
|                              |                    | 傷病の経過 | 療養中  |                   |
|                              |                    | 療養の内容 | 一般診療 |                   |

備考 ※第三者行為による負傷等の有無(有・無)

|                 |       |    |                 |                |
|-----------------|-------|----|-----------------|----------------|
| 振込み希望の<br>金融機関名 | 銀行    | 支店 | ・普通<br>口座<br>番号 | 口座<br>名義<br>力ナ |
|                 | 農協    | 支所 | ・当座             |                |
| 郵便局             | 記号・番号 |    |                 |                |

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。 ※ 世帯主以外の口座へ振込みを希望される方は下の委任状をご記入ください。

|          |     |      |         |
|----------|-----|------|---------|
| 令和 年 月 日 | 世帯主 | 住所   | 上益城郡山都町 |
|          |     | 氏名   |         |
| 山都町長 様   |     | 個人番号 |         |

|     |  |                |
|-----|--|----------------|
| 委任状 | 代理人 住所   |                |
|     | 氏名   | 個人番号           |
|     | 私は、上記の者を代理人と定め、次の権限を委任する。<br>今回支給申請した国民健康保険療養費の受領に関すること。 |                |
|     | 世帯主の住所   | 山都町 番地<br>氏名 ⑤ |

|       |   |   |
|-------|---|---|
| 支給決定額 | 円 | ( )円 - ( )円 = ( )円<br>(費用額) (一部負担金) (支給決定額) |
|       |   | (他)   |

|    |    |             |    |   |          |     |
|----|----|-------------|----|---|----------|-----|
|    | 課長 | 審議員<br>課長補佐 | 係長 | 係 | 受付       | 受付者 |
| 専決 |    |             |    |   | 令和 年 月 日 |     |

## 国民健康保険療養費支給申請書(一般診療)

|                                |          |                  |                          |
|--------------------------------|----------|------------------|--------------------------|
| 被保険者<br>番号                     | 0 0      | 療養を受けた<br>被保険者氏名 | 世帯主<br>との続柄              |
|                                |          | 生年月日             | S・H・R 年 月 日              |
|                                |          | 個人番号             |                          |
| 被保険者資格区分<br>(一般・未就学児・前期・退本・退扶) |          |                  | 歳                        |
| 発病負傷<br>年月日                    | 令和 年 月 日 | 入<br>外           | 療養期間                     |
|                                |          |                  | 令和 年 月 日から<br>令和 年 月 日まで |
|                                |          |                  | 日間                       |

|   |  |
|---|--|
| 診療・薬剤の支給または手当を受けた病院診療所<br>薬局その他の者の名称及び所在地 |  |
| 診療または調剤に従事した医師、歯科医師、<br>または薬剤師の氏名         |  |

|                              |                         |       |      |                   |
|------------------------------|-------------------------|-------|------|-------------------|
| 療養の給付を受け<br>ることができ<br>なかった理由 | 加入保険相違のため<br>(医科・歯科・調剤) | 発病の原因 | 不詳   | 療養に要した費用<br><br>円 |
|                              |                         | 傷病の経過 | 療養中  |                   |
|                              |                         | 療養の内容 | 一般診療 |                   |

|    |  |
|----|--|
| 備考 |  |
|----|--|

|                 |     |       |     |          |                |
|-----------------|-----|-------|-----|----------|----------------|
| 振込み希望の<br>金融機関名 | 銀行  | 支店    | ・普通 | 口座<br>番号 | 口座<br>名義<br>力ナ |
|                 | 農協  | 支所    | ・当座 |          |                |
|                 | 郵便局 | 記号・番号 |     |          |                |

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。  
※ 世帯主以外の口座へ振込みを希望される方は下の委任状をご記入ください。

|          |            |
|----------|------------|
| 令和 年 月 日 |            |
| 世帯主      | 住所 上益城郡山都町 |
|          | 氏名         |
| 山都町長 様   | 個人番号       |

|     |  |      |
|-----|--|------|
| 委任状 | 代理人 住所   |      |
|     | 氏名   | 個人番号 |
|     | 私は、上記の者を代理人と定め、次の権限を委任する。<br>今回支給申請した国民健康保険療養費の受領に関すること。 |      |
|     | 世帯主の住所 山都町   | 番地 ⑧ |
|     | 氏名   |      |

|       |   |                       |
|-------|---|-----------------------|
| 支給決定額 | 円 | ( )円 - ( )円 = ( )円    |
|       |   | (費用額) (一部負担金) (支給決定額) |
|       |   | ⑧                     |

# 請求書

令和 年 月 日

山 都 町 長 様

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

(連絡先 \_\_\_\_\_ )

下記のとおり請求します。

記

金額 \_\_\_\_\_ 円

ただし、国民健康保険療養費（一般診療）として

## 【振込先】

|       |  |
|-------|--|
| 金融機関名 |  |
| 口座種類  |  |
| 口座番号  |  |
| 口座名義人 |  |