

国民健康保険療養費支給申請書

療養を受けた者	被保険者 記号番号	島 93	(枝番)	氏 名					
	生年月日	年 月 日		個人番号※					
診療を受けた 医療機関	名称			療養期間	年 月 日 ～ 月 日 (実日数 日間)				
	所在地				発病・負傷 した年月日	年 月 日			
	医師等名								
傷病名				傷病の経過					

※ 死亡者の個人番号の記載は不要であり、記載がなくても有効な申請となります。

療養の種類	①一般診療費 (自己負担分請求)	②一般診療費 (保険者負担分請求)	③補装具	④鍼灸・マッサージ	⑤その他
療養の給付を受けることができなかった理由	①県外受診	②資格確認漏れ	③遡及国保加入	④その他()	
傷病原因	①疾病等	②疾病等 (学校災害共済利用)	③交通事故等第三者行為	④労災事故	

補装具申請に係る医師の意見書	
傷病名	
装具の採型日	年 月 日 (採型日: 入院中・外来)
装用についての意見	
年 月 日	病院名 医師氏名

振込口座		<input type="checkbox"/> 公金振込口座を利用する (口座情報の記入不要) <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する					
振込指定 金融機関	金融 機関名		銀行 信金 農協	労金 信組	支店名		本店 支店 支所
	普通					(フリガナ) 口座名義人	()

※ 振込指定金融機関は、世帯主のものとする。

療養費の支給について上記のとおり申請します。											
年 月 日	〒										
	住 所										
	世帯主 氏 名										
	電話番号 — —										
伊達市長	個人番号										
	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>										

受付担当者記入欄		
窓口受付 担当者印	窓口に來られた方	確 認 書 類
	世帯主・同一世帯員 それ以外の方 (要委任状)	マイナンバーカード・免許証 その他 ()

委任状

年 月 日

伊達市長

私は、次の者を代理人と定め、国民健康保険療養費の申請及び受領に関する一切の権限を委任します。

委任者(世帯主)氏名

印

代理人	住 所	
	氏 名	
	電話番号	
	委任者との関係	
委任者(世帯主)	住 所	
	氏 名	
	電話番号	
	世帯主以外の口座を振込先に指定する場合は、その理由	