

国民健康保険療養費支給申請書

保 険 証 記 号 番 号	安曇野	療養を受けた被保険者氏名		(年 月 日生)											
		個人番号													
疾病名			療養期間	年 月 日から											
発病、 負傷年月日	年 月 日			年 月 日まで			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															
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															
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														
交通事故等の第三者行為の有無					有 ・ 無										
備 考															

上記のとおり医療等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 申請者 (世帯主) 住 所

氏 名

電話番号

個人番号																			
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(宛先) 安曇野市長

<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する。 ※ 利用する場合は、「 <input type="checkbox"/> 」にチェック (✓)。 その場合は、下記の口座情報の記入及び通帳等の写しの添付は不要となります。						
口 座 振 替 金 融 機 関	銀行		口 座 名 義 人	フリガナ		
	信金	支店		氏 名		
	信組	支所	口 座 種 別	普通 当 座	口座番号	
委 任 状	(※ 世帯主と口座名義人が相違する場合は、下記に記名・押印をしてください。) 国民健康保険療養費の受領について、上記の口座名義人に委任いたします。 申請者 (世帯主) 氏名 _____ ㊟					

事務 処理欄	区分コード	退職区分	入院区分	未就学者	高齢者	
		3・4	1・2	3	7・8	