

課長	課員	担当

令和 年 月 日 支給決定
支給決定額 円

国民健康保険療養費支給申請書

第三者行為	有・無
-------	-----

被保険者番号		福祉医療該当	有 無
資格区分	若人(65歳未満)	前期(65~69歳)	負担割合 割
	前期(70歳以上)	一定以上 一般 低Ⅱ 低Ⅰ	
療養を受けた被保険者	氏名	世帯主との続柄	
	個人番号	入外区分	入院 ・ 外来
	生年月日	昭・平・令 年 月 日	
療養費種別	診療費	装具 柔整	その他 特別療養費
発病・負傷年月日	平・令 年 月 日		
医療機関等	名称	<input type="checkbox"/> 北秋田市民病院 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 毛利整形外科クリニック	
	所在地	<input type="checkbox"/> 北秋田市下杉字上清水沢16-29 <input type="checkbox"/> 北秋田市住吉町1-3 <input type="checkbox"/>	
療養に要した費用	円	円	円
一部負担金	円	円	円

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

世帯主

住所 〒

氏名

個人番号

電話

北秋田市長 殿

振込金融機関	支払区分	1. 口座振込 <input type="checkbox"/> 秋田銀行 支店・本店 <input type="checkbox"/> 秋田県信用組合 支店・本店 <input type="checkbox"/> 北都銀行 支店・本店 <input type="checkbox"/> 秋田たかのす農業協同組合 支店・本店 <input type="checkbox"/> 労働金庫 支店・本店 <input type="checkbox"/>
	預金種別	1. 普通 <input type="checkbox"/> 口座番号 <input type="checkbox"/> 口座名義(カタカナ) 2. 当座 3.

公金受取口座を利用します。

※マイナポータルで事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「 公金受取口座を利用します。」にチェック(✓)してください。  
 ※公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記載や通帳の写しの添付等は不要です。  
 ※利用できるのは世帯主名義の口座のみです。

受理代理人の欄	本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日	令和 年 月 日提出
	世帯主(申請者) 氏名 印	受付日付印
	代理人の氏名 氏名 印	
	代理人の住所 〒	