

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)	一般	退職本人	退職扶養	3割
	前期(65~69歳)	一般			2割
	前期(70歳以上)	一般	一定以上	低Ⅱ 低Ⅰ	1割
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			
	氏名				
	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		
一部負担金	円		円		

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

世帯主 住所 北秋田市

氏名 (※)

個人番号

電話 0186- -

北秋田市長 殿

※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

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 2. 窓口支払 <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 2. 当座 <input type="checkbox"/> 口座名義(カタカナ) 3.

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
	代理人の氏名	氏名 印	
	代理人の住所	〒	