

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	☐ 北秋田市民病院 ☐ ☐ 毛利整形外科クリニック			
	所在地	☐ 北秋田市下杉字上清水沢16-29 ☐ 北秋田市住吉町1-3 ☐			
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 〒 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	☐ 秋田銀行 支店・本店	☐ 秋田県信用組合 支店・本店
		2. 窓口支払	☐ 北都銀行 支店・本店	☐ 秋田たかのす農業協同組合 支店・本店
	預金種別	1. 普通 2. 当座 3.	☐ 労働金庫 支店・本店	☐

☐ 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 〒		