

## 国民健康保険療養費支給申請書 一般・退職

被保険者証の記号番号	015-	区 分	3歳未満・前期高齢者・その他	入・外
療養を受けた者の氏名		生年月日	S・H・R 年 月 日	
傷病名		発病 又は 負傷年月日	年 月 日	
療養の期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ( 日間)			

診療、薬剤の支給、又は手当てを受けた病院、診療所、薬局等の所在地、及び名称及び従事した医師等の氏名	所在地 名 称 氏 名	療養の給付を受けることが出来なかった理由
発病の原因		
傷病の経過		療 養 に 要 し た 費 用
療養内容		
円		

記入不要	費 用 額	保険者負担額 ( 割)	一部負担金 ( 割)	療養費給付金額
	円	円	円	円

備 考 第三者行為 有 ・ 無 、 公費 有 ・ 無 、 滞納 有 ・ 無

上記のとおり療養に要した費用に関する書類を添えて申請します。

年 月 日

住 所 豊前市

世帯主

氏 名

電話番号 — —

豊前市長殿

振込先	金 融 機 関	種別	名 義	口 座 番 号
	金庫	本店	普通	
	農協	支所	当座	
銀行	支店			

振込先の口座名義が請求者以外の人に記入

本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。	代理人 氏名
年 月 日	
住所	
世帯主	代理人
氏名	住所