

様式第3号 (第9条関係)

国民健康保険療養費支給申請書	一般	障害 退職・本人	ひとり親 退職・扶養	乳児・子ども 高齢受給者証 1割 2割 3割										
	年 月 日													
岐阜県下呂市長 様														
下記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。														
住所														
世帯主	フリガナ													
	氏名 (印)													
個人番号	TEL ()													
来庁者氏名 (世帯主との続柄)														
療養を受けた被保険者氏名 (生年月日)	年 月 日生	世帯主との続柄	被保険者番号	個人番号										
傷病名		発病の原因	<input type="checkbox"/> 第三者行為 (交通事故等) <input type="checkbox"/> 不詳											
発病負傷年月日	<input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/> 不詳	傷病の経過												
療養期間	年 月 日から 年 月 日まで (日間)	療養の内容												
療養を受けた医療機関等の名称及び所在地														
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														
保険者負担率	<input type="checkbox"/> 7割	療養に要した費用 ①												円
	<input type="checkbox"/> 8割	自己負担額 ②												円
	<input type="checkbox"/> 9割	支給額 ①-②												円

振込先 (いずれかを選んで記入してください。)	金融機関 (ゆうちょ銀行を除く)	銀行・信用金庫		店									
		農協・信用組合		所									
		1 普通	預金通帳の口座番号 (右詰で記入してください)	口座名義人 フリガナ									
	2 当座												
ゆうちょ銀行 (郵便局)	通帳記号				通帳番号 (右詰で記入してください)								
	1												

委任状 私は を代理人と定め療養費の受領に関することを委任します。

世帯主 (印)

番号	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票等 <input type="checkbox"/> システム転記 <input type="checkbox"/> その他 ()												
来庁者本人確認	1点	個 運 バ 在/特 身療精手帳 官公発の免許証等 その他 ()					代理権	<input type="checkbox"/> 同一世帯員 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本等 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他 ()					
	2点	各保険証 年金 児扶手/特児証書 その他 ()					市確認者						