国民健康保険療養費支給申請書

令和　　年　　月　　日

阿 波 市 長　　様

住　　所　阿波市

申請者（世帯主）　氏　　名

個人番号

電話番号

第三者行為
有　・　無

療養に要した費用	円	00:国　67:退	1:本入　3:未入　5:家入 7:高一入　9:高７入		2:本外　4:未外　6:家外 8:高一外　0:高７外	
診療月	年　　月	低Ⅰ・低Ⅱ	1:医科 3:歯科 4:調剤		給付割合	
診療実日数	日	３月超	特疾	食事	備考	
員番		薬剤一部負担金		一部負担金		
被保険者氏名		被保険者 個人番号				
被保険者 生年月日	年　　月　　日	世帯主氏名				
保険者名 保険者番号	阿波市 ３６０５２９	被保険者 記号 番号	あ わ			
療養期間	年　　月　　日から 年　　月　　日まで	発病・負傷年月日	年　　月　　日			
傷 病 名						
診療を受けた病院等の 名称						
医療機関コード	所在地					
療養費の種類	1:一般診療　2:補装具　3:柔道整復　4:アンマ・マッサージ　5:はり・きゅう　6:看護　7:移送 8:その他　9:標準負担額差額					

なお、私の療養費を下記の口座に振り込んでください。ただし、申請者氏名と振込先の名義人が異なる場合については、受領に関する権限を委任したものとします。

口座振込先	銀行　　本店・支店 農協　　本所・支所	当・普	番号	名義人	

<table>
<tr><td rowspan="3">※処理欄</td><td>個人番号確認</td><td colspan="2">身元確認（顔写真のない場合は２点）</td><td>代理権の確認</td></tr>
<tr><td>☐ 個人番号カード
☐ 通知カード
☐ 住民票の写し
☐ その他
（　　）</td><td>☐ 運転免許証
☐ 個人番号カード
☐ パスポート
☐ 在留カード
☐ 医療保険証
☐ 資格確認書</td><td>☐ 年金手帳・証書
☐ 介護保険証
☐（　　）手帳
☐ その他
（　　）
（　　）</td><td>☐ 戸籍謄本等
☐ 委任状
☐ その他
（　　）
（　　）</td></tr>
<tr><td>届出者氏名</td><td></td><td>続　柄</td><td></td></tr>
</table>