

国民健康保険療養費支給申請書兼請求書

6歳未満・前期・70歳以上（区分Ⅰ・区分Ⅱ）・3割 【年齢 歳】

療養を受けた被保険者		被保険者証の記号番号	日 国
生年月日	昭・平・令 年 月 日	入院外来の種別	入院・外来
傷病名	別紙医証のとおり	療養期間	H・R 年 月 日から H・R 年 月 日まで（ ）日 <small>（装具については期間不明のため記入不要）</small>
発病又は負の年月日	平成・令和 年 月 日		
診療、薬剤の支給又は、手当を受けた病院、診療所、薬局その他の者の名称及び所在地		別紙医証のとおり	
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		別紙医証のとおり	
療養の給付を受けることができなかった理由 1、装具着用のため 2、（ ）作成のため 3、その他（ ）	発病の原因	別紙医証のとおり	
◎該当する事項に○をつけてください *交通事故ですか？ はい・いいえ *労災ですか？ はい・いいえ *その他（ ）	傷病の経過	治療中	
	療養内容	1、装具作成 2、その他（ ）	
	療養に要した費用	円	

上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請、請求します。

令和 年 月 日

日田市長様 住所：日田市

世帯主
氏名：

電話番号：

振込先金融機関 <small>（世帯主名義のもの）</small>	銀行 金庫 農協 信用組合	支店 支所	預金種別 普通 当座 （ ）	
	口座番号			
	フリガナ			
	口座名義人			

○世帯主以外の口座に振込みを依頼する方は、ご記入ください。

委任状	<small>上記により支給される金額の受領を次の者に委任します。</small>		
	受任者 <small>（口座名義人）</small>	住所 氏名	
	委任者 <small>（世帯主）</small>	氏名	

受付印	支給額	円	受付者 サイン	