様式第６号（第７条関係）

受付者	
耐用年数	年
福祉	有・無
入外区分	入・外
本人確認	有・無
納付確認	

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証記号番号		個人番号		
対象者氏名		生年月日	年　月　日	男・女
療養を受けた医療機関等の名称と所在地				
療養に従事した医師等の氏名				
療養の給付等を受けることができなかった理由	□　補装具による治療のため　□　保険証未提示のため □　海外療養費のため　□　その他（　　）			
傷病名及び原因				
発病または負傷した日		療養期間	年　月　日から 年　月　日まで	
傷病の経過				
療養内容				
療養につき算定した費用の額				
振　込　先	銀　行 信用金庫 農　協		本　店 支　店 出張所	
	種目	口座番号	口座名義人（カタカナ）	
	1　普通 2　当座 3　その他			

上記のとおり申請します。　　交通事故等の第三者行為（　有　・　無　）

年　　月　　日

世帯主　住　　所

氏　　名　　㊞

電話番号（　　）　　－

個人番号

（あて先）愛西市長

（委任欄）

私は　＿＿＿＿＿＿＿＿　を代理人と定め、次の権限を委任します。

この申請に基づく給付費の受領に関すること。

世帯主氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

費用額	保険者負担額	被保険者負担額	備考
			一般　退職 １割　２割　３割