国民健康保険療養費支給申請書

記号番号		療養を受けた者	生年月日	S・H・R	世帯主との続柄	
			氏　名			
第三者行為	有　・　無		個人番号			

傷病名・原因		診療所、薬局、その他の名称及び所在地	
発病の原因			
発病・負傷年月日		医師、歯科医師、又は薬剤師の氏名	
傷病の経過		療養の給付を受けることができなかった理由	
療養の内容			
治療期間			

振込先		
＿＿＿＿銀　行　本店・＿＿＿＿支店	預金種別	普通　・　当座　・　貯蓄
＿＿＿＿信用金庫　本店・＿＿＿＿支店	口座番号	店番　口座番号
＿＿＿＿労働金庫　本店・＿＿＿＿支店		：：：　—　：：：：：：：
＿＿＿＿農　協　本店・＿＿＿＿支店	フリガナ	
	口座名義人	

※振込先が世帯主以外の場合は記入、世帯主の印を押印。

本申請に基づく療養費の受領を代理人に委任します。

世帯主	氏　名	㊞
代理人	住　所	
	氏　名	

上記の通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します。

藤枝市長様　　令和　　年　　月　　日

世帯主	住　所	藤枝市
	氏　名	
	個人番号	
	ＴＥＬ	
代理人	氏　名	

（市使用欄）

一般　・　退職
S・H・R　．　．　~

費用額	
保険者負担	
一部負担金	

児	一般	70以上
		3割 2割 1割

診療年月日
R　．　．　～

補記	滞納	受付者