

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証の 記号番号		療養を受けた 被保険者名			世帯主と の続柄
傷病名		個人番号			
発病、負傷 年月日		療養期間	年 月 日から 年 月 日まで		日間
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					
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	発病の原因		療養に要した費用		円
	傷病の経過				
	療養内容				
備考 (振込口座)			為の 有無	第三 者行	有 ・ 無
<p>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します。</p> <p style="margin-left: 100px;">年 月 日</p> <p style="margin-left: 100px;">世帯主 住所 石川県鹿島郡中能登町</p> <p style="margin-left: 150px;">氏 名 (印)</p> <p style="margin-left: 150px;">個人番号</p> <p style="margin-left: 150px;">連絡先</p> <p style="margin-left: 100px;">中能登町長</p>					

事務処理欄

代理権の確認	身元確認 (本人又は代理人)	番号関係
<input type="checkbox"/> 本人の被保険者証等 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他 ()	1点 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> プレ印字書類 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> システム <input type="checkbox"/> その他 ()
	2点 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()	