

様式第3号(第2条関係)

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の資格区分	一般	退職(本人・被扶養者)	乳幼児	高齢受給者																	
療養を受けた被保険者氏名	個人番号																				
	年 月 日生																				
診療、薬剤の支給又は手当てを受けた病院、診療所、薬局その他の者の名称及び所在地	名 称		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																					
被保険者証で療養を受けることができなかった理由																					
傷 病 名																					
傷 病 の 原 因	<input type="checkbox"/> 第三者行為(交通事故等による) <input type="checkbox"/> その他																				
発病又は負傷の年月日	年 月 日																				
傷 病 の 経 過																					
療 養 の 期 間	年 月 日から 年 月 日まで 日間																				
療 養 内 容																					
療 養 に 要 し た 額	円																				
<p>上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>牧之原市長</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle;">世帯主</td> <td>住 所</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>氏 名</td> <td colspan="3" style="text-align: right;">㊟</td> </tr> <tr> <td>個人番号</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>					世帯主	住 所				氏 名	㊟			個人番号	.....	.....	.....	電話番号			
世帯主	住 所																				
	氏 名	㊟																			
	個人番号	.....	.....	.....																	
	電話番号																				
処 理 欄	費用額		支給額																		

下記の口座へ振り込んでください。

公金受取口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑。利用しない場合は下記の欄を記入。)			
金 融 機 関	預金種別	口座番号	口座名義人	
銀行・農協・信漁連 信用金庫・労働金庫	支店・支所 出張所	1 普通 2 当座	フリガナ	

# 委任状

受任者（口座名義人）

住所

氏名



電話番号

—

私が受け取るべき、**国民健康保険療養費**の受け取りについて、  
上記の者に委任します。

牧之原市長

令和 年 月 日

委任者（世帯主）

住所

氏名



電話番号

—