別記様式第3号(第6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 | | |  | | | | 個人番号 | | | |  | |  |  | |  | | |  |  | | |  | |  | | |  |  | |  | |  |
| 療養を受けた被保険者氏名 | | | |  | | | | | | | | | | | 世帯主との続柄 | | | | | | | |  | | | |
| 傷病名 | | |  | | | | 療養期間 | | | | 自　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　日間  至　　　　年　　月　　日  (装着日等) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 発病・負傷年月日 | | | 年　　月　　日 | | | |
| 診察、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等 | | | |  | | | | 発病の原因 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 傷病の経過 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 療養の内容 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 療養に要した費用 | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受領については、下記のとおり依頼します。  □　公金受取口座を利用する。（マイナポータル等から登録した口座を利用される方）  ※公金受取口座への振込を希望し、上記にチェックを入れた場合は、以下の金融機関情報についての  記載は不要ですが、記載があった場合には以下の金融機関情報への振込を優先します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 振込希望の金融機関名 | | | | 銀行　　　　支店  農協  　　漁協　　　　支所  信用金庫 | | | | | | (フリガナ)  預金名義 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 預金種別 | 普通・当座 | | | | | 口座番号 | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | |
| 備考 | |  | | | | | | | | | | | | | | | 第三者行為 | | | | | | | | | 有・無 | | | | | | | |
| 委任状 | 本申請に基づく給付金の受領を代理人に委任します。  　　　年　　月　　日　申請者（世帯主）　氏名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所    　　　　　　　　　　　代理人　　　　　　氏名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。  　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者（世帯主） | | | | | | | | | 住所  (　　　　　　　　区)  氏名  連絡先　　　　-　　　 　- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 世帯主個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   　長門市長　　様 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |