

様式第1号(第8条関係)

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者記号・番号	玉名	区	分		
療 養 を 受 け た 被保険者個人番号		療 養 を 受 け た 被 保 険 者 氏 名			
傷 病 名		療養期間	年	月	日から
発病・負傷 年 月 日	年 月 日		年	月	日まで
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	名 称				
	所在地				
診療又は薬剤に従事した医師、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					
第三者の行為によるものか		☐ はい ☐ いいえ			
療養に要した費用額		円			
算定した費用の額		円			
金融機関名	銀行 農協 信金		支店 支所		
口座番号	普・当		口座名義人 (カタカナで記入)		
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 氏 名 電話番号 — 個人番号 玉名市長 様					

委 任 状	
住 所	
代理人	
氏 名	
私は、上記の者を代理人と定め、療養費支給の受領に関する権限を委任します。 年 月 日	
住 所	
世帯主	
氏 名	