

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証号・番号	南九州市	診療を受けた被保険者氏名又は宛名番号		世帯主との続柄	
傷病名			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			発病又は負傷の理由	1: 第三者行為(交通事故等) 2: その他(自損事故・疾病等)	
診療・薬剤の支給または手当てを受けた病院及び所在地					
診療または調剤に従事した医師・歯科医師または薬剤師の氏名					
療養に要した費用	円	備考	一般・退職・義務教育就学前 高齢者1割・高齢者2割・高齢者3割		

※判定基準日: 医証日

上記のとおり、療養に要した費用に関する別紙書類を添えて申請します。

年 月 日

世帯主 住所

氏名

⑩ 個人番号

電話番号

南九州市長 様

振込先金融機関	預金種別
銀行・金庫・農協	普通・当座・貯蓄
支店・支所・出張所	
口座番号	口座名義人氏名

(債権者番号:)

決 裁 (※南九州市使用欄)

支給額算定伺	支給額	課長	係長	係	支所 受付・確認
円 ×0.7	円				
円 ×0.8	円				
円 ×0.9	円				
支給決定日	決定通知発送日				
支給日					

国民健康保険 療養費請求書

一 金

円也

代として、上記のとおり請求します。

南九州市長 様

年 月 日

請求者 住 所

(世帯主)

氏 名

印

委任状

住所 _____

氏名 _____ 印

私は、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

記

国民健康保険 療養費 の受領に関すること。

年 月 日

申請者 住所 _____
(世帯主) 氏名 _____ 印

国民健康保険 療養費請求書

一 金 _____ 円也

代として、上記のとおり請求します。

南九州市長 様

年 月 日

請求者 住所 _____
(世帯主) 氏名 _____ 印