

国民健康保険療養費支給申請書

記 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

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	支店・支所・出張所	普通 ・ 当座 ・ 貯蓄
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	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

委任状

住 所 _____

氏 名 _____

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 (世帯主) 住 所 _____
氏 名 _____

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 (世帯主) 住 所 _____
氏 名 _____