



国民健康保険療養費支給申請書

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	始国 ・	資 格 区 分	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 一般・未就学児 <input type="checkbox"/> 退職・未就学児 <input type="checkbox"/> 一般・高齢
個 人 番 号			
療 養 者 氏 名		生 年 月 日	年 月 日
種 類	補装具 (コルセット) ・ はり・きゅう ・ あんま・マッサージ ・ その他 ( )		
医 療 名 称		診 療 年 月	年 月 日 から
機 関 等 所 在 地			年 月 日 まで
<p>上記について、療養費の支給申請をします。</p> <p>受領について、  <input type="checkbox"/> 振込 (下記口座) を依頼します。  <input type="checkbox"/> 窓口払い</p> <p>電話番号 ( ) —</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住 所 _____</p> <p>申請人 (世帯主) 氏 名 _____ ㊞</p> <p>始良市長 殿</p>			
振 込 先 口 座			
金 融 機 関	<input type="checkbox"/> 鹿児島銀行	<input type="checkbox"/> 鹿児島信用金庫	支 店 _____ 支 所 等 _____ <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 支所 <input type="checkbox"/> 出張所
	<input type="checkbox"/> 南日本銀行	<input type="checkbox"/> 鹿児島興業信用組合	
	<input type="checkbox"/> あいら農業協同組合	<input type="checkbox"/> 鹿児島相互信用金庫	
	<input type="checkbox"/> ゆうちよ銀行	<input type="checkbox"/> ( )	
預 金 種 目	普通 ・ 貯蓄	フ リ ガ ナ	
口 座 番 号		預 金 名 義 人	

※ 申請人と預金名義人が違う場合、委任状が必要です。

保 険 者 記 入 欄

負 担 割 合	<input type="checkbox"/> 3割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 1割	収 納 状 況	<input type="checkbox"/> 滞納なし <input type="checkbox"/> 滞納あり ・ 分納履行中 ・ 誓約履行中 ・ 特別事情有り	この申請に係る世帯の世帯主及び被保険者全員に対する一部負担金の負担割合、国民健康保険税の収納状況を確認しました。 確認者 ㊞ ・ 公簿 ㊞
---------	---	---------	--	--

本 人 負 担 額	×	給 付 割 合	=	支 給 額
円		割		円

上記の申請について、( 支給 ・ 却下 ) してもよろしいか。

決 裁 欄					起 案 年 月 日	決 裁 年 月 日	支 給 年 月 日
課 長	参 事	課長補佐	係 長	係			