

※記載不要 市記入欄

2.装具	一般 [7割 8割]
	70以上 [7割 8割 9割]

国民健康保険 療養費支給申請書									
被 保 険 者 号				療養を受けた被 保 険 者 氏 名 生 年 月 日	(昭和・平成・令和 年 月 日)		世帯主からみた続柄		
傷 病 名				被保険者個人番号					
発 病 、 負 傷 年 月 日	年 月 日			療養期間	年 月 日 年 月 日 日間				
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					
診療又は調剤に従事した医師 歯科医師又は薬剤師の氏名									
☆この医療機関への受診は第三者行為(※)によるものですか ※第三者行為…交通事故などの第三者による負傷のこと					は い ・ いいえ				
療養の給付を受けることができなかった理由	医療機関でない業者への装具の作成を依頼した為			発 病 の 原 因			療養に要した費用 円		
				傷 病 の 経 過					
				療 養 内 容					
振 込 先	銀行 金庫 農協 支店			普 通 当 座	口 座 番 号				
	フリガナ								
	口座名義人								
委 任 状									
年 月 日 野々市市会計管理者 あて 私は、(続柄:) を代理人として、野々市市健康保険に関する療養費に係る権限を委任いたします。 世帯主 氏 名									
※振込先が世帯主名義の口座ではない場合に必要です									
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 野々市市長 栗 貴 章 あて 世帯主 住 所 野々市市 氏 名 個 人 番 号 電 話 番 号 ()									

申請者		☐ 世帯主 ☐ 世帯員 ☐ その他(氏名:		個人番号の確認		受付者
身元 確認	☐ 運転免許証	代理権 の確認	☐ 委任状	☐ 住基情報 ☐ 通知カード		
	☐ 個人番号カード		☐ 本人の資格確認書等	☐ 個人番号カード		
	☐ その他()		☐ その他()	その他()		