

## 国民健康保険療養費支給申請書【一般・退職（本人・家族）】

①被保険者証の記号番号	②療養を受けた被保険者氏名	③個人番号												
み浜 A														
④発病、負傷 年 月 日	⑤療養期間 年 月	年 月 日から 年 月 日まで 日間												
⑥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												
⑦被保険者証を提出しなかった理由		⑧ ⑤の療養期間に算定した費用額  円												
⑨備 考														
上記のとおり申請します。														
七ヶ浜町長 殿 (年 月 日) 年 月 日 (TEL - ) (世帯主住所) 七ヶ浜町 (世帯主氏名) <span style="float: right;">印</span> (個人番号) <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>														

<h3>銀行口座振込依頼書</h3>												
私が七ヶ浜町から受領する療養費は下記口座に振込願います。												
金融機関名	1. 銀行 2. 金庫 支店 3. 宮城県漁協 支所 4. 仙台農業協同組合 本所											
種目	普通預金 ・ 当座預金	口座番号 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>										
口座名義人												

子ども医療該当     
  重度心身医療該当     
  ひとり親医療該当

※ 発症または負傷の理由     
  第三者行為     
  その他（疾病等）

添付書類

他保険の保険証を使った場合	・ 返還した医療費の領収書 ・ 返還した保険者から交付を受けた診療報酬明細書 ・ 振込口座が確認できるもの
自費で診療を受けた場合	・ 診療に要した費用の領収書 ・ 振込口座が確認できるもの

療養を受けた被保険者の氏名または個人番号を記載

申請者以外の口座に振り込みをご希望される場合は、以下の委任状にご記入ください。

## 委任状

私（申請者）は、本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。

年 月 日

委任者 住所 \_\_\_\_\_  
(申請者)

氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

受任者 住所 \_\_\_\_\_  
(代理人)

氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

連絡先 ☎ \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_