国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証の記号・番号	阿蘇		
療養を受けた被保険者の氏名		生年月日	昭和・平成・令和 年　月　日
個人番号			
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	別紙のとおり	
診療又は薬剤に従事した医師、歯科医師又は薬剤師の氏名	別紙のとおり		
医療の給付を受けることができなかった理由	1. 国民健康保険被保険者証を持参しなかった。 2. 治療用装具購入。 3.		
療養期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間		
傷病名	別紙のとおり		
上記期間に受けた療養について支払った一部負担金の額	円		
備考	国民健康保険法第54条の規定による療養費払いとして（　円×　） －（薬剤一部負担金　円）		
	支給決定額	円	

阿蘇市長　様

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。
振込先の口座名義人が申請者（世帯主）と異なる場合には、下記指定口座への振込をもって阿蘇市からの支払金の受領と認めます。

令和　年　月　日

郵便番号

住　所

申請者（世帯主）氏　名　　印

個人番号　　電話

代理人（届出人）氏　名

金融機関名		支店名	
口座名義人（カタカナ）		種別	1.普通　2.当座
口座番号		右づめ記入	
ゆうちょ銀行	記号	番号	

課長	課長補佐	係長	担当

第三者行為の有無（有・無）

確認欄	公簿