

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証 記号番号					
療養を受けた 被保険者	氏名		男・女	世帯主 との続柄	
	生年月日	年 月 日		区分	一般・退職
	個人番号				
発病、負傷年月日	年 月 日	療養 期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間		
診療、薬剤の支給又 は手当を受けた病院、薬局等	名称				
	所在地				
療養の給付を受ける ことができなかった 理由			発病の 原因		
			傷病の 経過		
			療養 内容		
療養に要した費用			円	保険対象額	※ 円
※ 備 考	一 般	7・8・9 割	円		
		3・2・1 割	円		
	退 職 (本人・扶養)	7・8・9 割	円		
		3・2・1 割	円		
上記のとおり申請します。					
年 月 日					
世帯主 住所 江津市 町 番地					
氏名 ⑩					
個人番号					
(電話 )					
江津市長 様					

- (注) 1 医療機関で支払った領収書を添付してください。  
2 ※印欄は、記入しないでください。

〈本人〉

	確 認 方 法	確認日	印
身元 確認	個人番号カード ・ 免許 ・ 旅券		
	その他 ( ) 職員 ( )		
番号 確認	個人番号カード ・ 通知カード		
	住基 ・ その他 ( )		

〈代理人〉

	確 認 方 法	確認日	印
代理権 確認	戸籍謄本・委任状・登記事項証明書		
	その他 ( )		
代理人 確認	個人番号カード ・ 免許 ・ 旅券		
	その他 ( ) 職員 ( )		
番号 確認	個人番号カード ・ 通知カード		
	住基 ・ その他 ( )		