

国民健康保険療養費支給申請書(第 回)

年 月 日

住所
申請者 氏名 (世帯主) 電話 () 印

次のとおり療養費・特別療養費の支給を申請します。

[illegible]

振 込 先	銀 行	<div style="border: 1px dashed black; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px dashed black;"></div> <div style="width: 20px; height: 20px; border: 1px dashed black;"></div> </div> (支店コード)	種目	普通・当座	口座番号							
				フリガナ								
				信用金庫								
	農 協		支店	口座名義人								

委任状	私は、次の者に療養費の受領に関する一切の権限を委任します。		
	受任者(口座名義人)	委任者(世帯主)	
	住所		
	氏名	氏名	印

査定金額		円		支給金額		円	
処 理 欄			資 格 確 認		理 由 が 1 又 は 3 の と き		受 付
					資格取得日 年 月 日 届 出 日 年 月 日		
	課 長	係 長	係 員	決 裁			
				起	年 月 日		
				決	年 月 日		
(備考)							

1 「退」は、退職被保険者の略です。
2 印の欄は、記入しないでください。