

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証の記号番号	—	療養を受けた被保険者の氏名		世帯主との続柄	
傷病名		被保険者個人番号			
発病、負傷年月日	令和 年 月 日	第三者行為の有無	有 無		
療養期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで				
診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局、その他の者の名称又は所在地					
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					
療養の給付を受けることができなかつた理由	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 信用金庫 農協	支店	普通座	番号	
				名義人	
備考					

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。

令和 年 月 日

世帯主住所 川北町字

及び氏名

印

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

電話番号

() —

石川県能美郡川北町長 前 哲 雄 あて

※振込先が世帯主名義でない場合は、裏面の委任状に記入・押印が必要です。

(裏 面)

委 任 状

私は、 (続柄：) を代理人と定め、令和 年 月 日
付けで申請した川北町国民健康保険の療養費の受領に係る権限を委任します。

委任者 (世帯主) 氏 名 _____ (印)