様式第 11 号(第 17 条関係)

国民健康保険療養費支給申請書

年　　月　　日

豊後大野市長　様

次のとおり、療養に要した費用に関する関係書類を添えて申請します。
また、手続に際し必要となる個人番号、公簿等を閲覧されることに同意します。

申請者(世帯主)	住　所	豊後大野市	被保険者記号・番号	ぶんご国
	氏　名		電話	－　　－
	個人番号			
代理人	住　所	豊後大野市	世帯主との続柄	
	氏　名		電話	－　　－

療養を受けた被保険者氏名		世帯主との続柄	
生　年　月　日	年　　月　　日	個人番号	
疾　病　名		発病(負傷)日	年　月　日
発病の原因及び経過		療養の期間 (　　日間) 年　月　日から 年　月　日まで	
第三者行為の有無	有　・　無		
療養を受けた医療機関等	名　称		
	所在地		
	医師等氏名		
療養に要した費用	円		

療養の給付を受けることができなかった理由

□ 装具・輸血
□ 保険証不所持(旅行 ・ 紛失 ・ その他)
□ 高齢受給者
□ 海外渡航中の療養
□ その他(　　)

□ 保険証等を受け取る前であった
資格取得日　　年　月　日
届出年月日　　年　月　日
交付年月日　　年　月　日

受領方法	□ 公金受取口座を利用する(利用する場合は口座情報の記入不要)。 □ 振込口座を指定する。　□ 窓口払い(市役所本庁 会計課)			
振込先金融機関	銀行・組合 金庫・農協	本店 支店	預金種類	普通 ・ 当座
	口座番号	フリガナ 口座名義人		

世帯主以外の口座に振込を依頼する方は、次にご記入ください。

〔受任者(口座名義人)〕

住 所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記により支給される金額の受領方を左記の者に委任します。

世帯主氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

処理欄	入外区分	負担区分
	□ 入院 □ 外来	□ 就学前(8 割) □ 70 歳以上(8 割) □ 70 歳以上(7 割)

受付印