

# 国民健康保険療養費支給申請書

令和 年 月 日

徳島県東みよし町長 殿

申請人  
(世帯主)  
住 所

氏 名

個人番号

連絡先

届出人  
住 所

氏 名

世帯主との続柄 ( 本人・同一世帯員・代理人 )

連絡先

個人番号未提示における事務処理同意欄	
本申請において、事務に必要な対象者の個人番号を職員が確認することに同意します。	印又は自筆
個人番号利用事務確認者	印
所属課長印	印

療養に要した費用	円	00:国 67:退	1:本入 3:未就入 5:家入 7:高入一般 9:高入7割	2:本外 4:未就外 6:家外 8:高外一般 0:高外7割	
診 療 月	年 月	給付割合		一部負担金	
員 番		診療実日数		備考	
被 保 険 者 氏 名		世 帯 主	住 所		
生 年 月 日	昭 平 年 月 日 令		氏 名		
個 人 番 号			被 保 険 者 証 記 号 番 号	東 み よ し	
保 険 者 名	東みよし町				
保 険 者 番 号	360636				
療 養 期 間	年 月 日 年 月 日	発 病 ・ 負 傷 日	年 月 日		
傷 病 名					
診療を受けた病院等の 名 称					
医療機関コード	所在地				
療 養 費 の 種 類	1:一般診療 2:海外診療 3:補装具 4:アンマ・マッサージ 5:はり・きゅう 6:看護 7:移送 8:その他 9:特別療養費				
振 込 先	振 込 金 融 機 関	銀行 金庫 本店(所) 農協 組合 支店(所)			
	口 座 番 号		預 金 種 別	普 通 ・ 当 座	
	口 座 名 義 人				
事 務 処 理 欄	受付日	担当者名	個人番号確認	届出人確認方法	代理権確認
				免・パ・保・個カ・住カ・在・年金・ その他 ( )	