

第3号様式（第5条関係）

|      |           |     |     |   |
|------|-----------|-----|-----|---|
|      | 決 裁 年 月 日 | 課 長 | 係 長 | 係 |
| 整理番号 | 平成 年      |     |     |   |
| No   | 月 日       |     |     |   |

  

立替払等

国民健康保険療養費支給申請書  
(平成 年 月診療分)  
平成23年 3月 1日

南さつま市長 様

申請人 住 所 南さつま市加世田川畑2648番地

この申請書のほか、診療報酬明細書(レプト)及び領収書(原本)を添付してください。

(世帯主) 南薩摩 太郎

電話0993(53)2111

次のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します

|                          |                                      |         |                |              |     |
|--------------------------|--------------------------------------|---------|----------------|--------------|-----|
| 被保険者証の記号・番号              | 南さつま<br>0220001                      | 世帯主との続柄 | 妻              | 性別           | 男・女 |
| 療養を受けた被保険者の氏名・生年月日       | 南薩摩 花子                               |         | 昭和・平成          | 51年 12月 31日生 |     |
| 傷病名                      | 感冒                                   |         |                |              |     |
| 診療を受けた病院・診療所・薬局等の名称及び所在地 | 名 称 品川 総合病院                          |         |                |              |     |
|                          | 所 在 地 東京都品川区 1番地1                    |         |                |              |     |
| の病院等で療養を受けた期間            | 平成23年 2月 1日から                        |         |                |              |     |
|                          | 平成23年 2月 1日まで                        |         | 1日間            |              |     |
| の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額    | 5,300円                               |         | 領収書の金額を記入ください。 |              |     |
| 療養の給付を受けることができなかった理由     | 旅行中、急に具合が悪くなり病院受診したが保険証を携帯していなかったため。 |         |                |              |     |
| 備 考                      | やむを得ない事情により自費で受診した理由を記入ください。         |         |                |              |     |

上記の者について、国民健康保険法第54条の規定に基づき、次のとおり支給してよろしいか。

|             |               |   |                          |            |                                |  |  |
|-------------|---------------|---|--------------------------|------------|--------------------------------|--|--|
| 記入しないでください。 | 療 養 費<br>算定基礎 | 療養に要した<br>費用額 (A)                               | 一 部 負 担 金<br>(A×0. ) (B) |            | 療養費支給決定額<br>(A)×0. = (A) - (B) |  |  |
|             |               | 円   | 円                        |            | 円                              |  |  |
|             | 入院・入院外の別      | 入 院<br>入院外                                      | 科別                       | 医 科<br>歯 科 |                                |  |  |
|             | 医療機関の別        | 総合病院 ( 他科診療あり 他科診療なし )<br>病 院 診 療 所 薬 局 その他 ( ) |                          |            |                                |  |  |
| 支払通知年月日     | 年 月 日         | 支 給<br>年 月 日                                    | 年 月 日                    | 担 当 者      | 印                              |  |  |

# 口座振替支払依頼書

私に、支給される療養費を下記の名義の預金口座に口座振替でお支払くださるよう依頼いたします。

## 記

| 振込希望の金融機関の名称     |      | 農協<br>銀行<br>信用金庫 | 支店<br>支所<br>代理店 |
|------------------|------|------------------|-----------------|
| 振<br>込<br>口<br>座 | フリガナ | ミミヅバ ハコ          |                 |
|                  | 名 義  | 南薩摩 花子           |                 |
|                  | 口座種目 | 普通               | 当座 その他 ( )      |
|                  | 口座番号 | 1 2 3 4 5 6 7    |                 |

## 委任状

住所 南さつま市加世田川畑2648番地

氏名 南薩摩 花子

私は、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

- 療養費の受領に関すること

平成23年 3月 1日

世帯主 住所 南さつま市加世田川畑2648番地

氏名 南薩摩 太郎

委任状は、世帯主以外の方に振り込む場合のみ  
記入が必要です。