

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			
申 請 人 が 記 入 す る と こ ろ	国民健康保険療養費支給申請書 （平成 年 月診療分） 平成 年 月 日 南さつま市長 様 申請人 住 所 南さつま市 （世帯主）.....印 電話 （ ） 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	世帯主と の続柄	性別 男・女
	療養を受けた被保険 者の氏名・生年月日	昭和・平成 年 月 日生		
	傷 病 名			
	診療を受けた病院・ 診療所・薬局等の名 称及び所在地	名 称		
		所 在 地		
	の病院等で療養を 受けた期間	年 月 日から	年 月 日まで	日間
	の期間に受けた療養に対し病 院等で支払った額	円		
	療養の給付を受けること ができなかった理由			
	備 考			

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 算 定 基 礎	療養に要した 費用額 (A)	一 部 負 担 金 (A×0. ) (B)	療養費支給決定額 (A)×0. = (A)-(B)
		円	円	円
	入院・入 院外の別	入 院 入 院 外	科別	医 科 歯 科
	医療機関 の 別	総合病院 ( 他科診療あり 他科診療なし ) 病 院 診 療 所 薬 局 その他 ( )		
支払通知 年 月 日	年 月 日	支 給 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 銀行 信用金庫	支店 支所 代理店
振 込 口 座	フリガナ		
	名義		
	口座種目	普通 当座 その他 ( )	
	口座番号		

### 委任状

住所

---

氏名

---

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 年 月 日 世帯主 住所

氏名