

第8号様式(第9条関係)

国民健康保険療養費支給申請書

(一般・高齢受給者：2割、3割)

被保険者証の 記号番号		療養を受けた 被保険者氏名	
傷病名		個人番号	
発病負傷年月日		世帯主との続柄	
療養期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		日間
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及び所在地			
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 ができなかった理由			
発病の原因		交通事故等の第三者行為	有・無
傷病の経過			
療養内容			
療養に要した費用	円		
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。			
<p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">世帯主 住所 _____ 氏名 _____ (印)</p> <p style="text-align: right;">個人番号 _____</p> <p>日高町長 様</p>			
委任状			
私は、次の者を代理人として定め、療養費の受領に関する権限を委任します。			
<p>世帯主 氏名 _____ (印)</p> <p>代理人 住所 _____</p> <p>氏名 _____ (印) 世帯主との関係 _____</p>			

注) この様式により難しいときは、この様式に準ずる別の様式を用いることができる。