

別記様式第4号

国民健康保険療養費（差額）支給申請書

（一般・退職本人・退職扶養）

（高齢受給者： 割）

被保険者証記号番号							
療養を受けた被保険者	住所					世帯主との続柄	
	氏名			年 月 日生			
傷病名			療養期間	年 月 日から			
発病負傷年月日	年 月 日			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並びに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		名称					
		所在地					
		氏名					
傷病の原因		傷病の経過	治ゆ、中止、繰越、軽快	死亡、転医	療養の内容		
療養の給付を受けることができなかった理由	1 療養の給付等を行うことが困難であったため		療養に算定した費用の額①		円		
	2 緊急その他やむを得ない理由により保険証を提示できなかったため		①の額に高齢受給者証に記載された割合を乗じて得た額		円		
	3 緊急その他やむを得ない理由により高齢受給者証を提示できなかったため		被保険者が支払った額		円		
備考			申請額		円		
<p>苦前町長 宛</p> <p>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> <p>年 月 日</p> <p>申請者（世帯主）住所</p> <p>氏名</p>							
支払方法	現金払 ・ 口座振込	銀行・信金		本・支店	預金種目	普通・当座・納準・別段	
		(フリガナ)			口座番号		
		口座名義人					

※振込先が世帯主名義の口座でない場合は、下の委任状に記入・押印が必要です。

委任状	
私は、(住所)	(氏名) (続柄：) を代理人と定め、
年 月 日	日付で申請した苦前町国民健康保険の療養費（差額）の受領に係る権限を委任します。
年 月 日	
委任者（世帯主）住所 _____	
氏名 _____ 印	