様式第17号(第27条、第28条関係)

国民健康保険 療養費 / 特別療養費 支給申請書

令和　　年　　月　　日

酒田市長　　宛

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。

世帯主	氏　　名 個人番号 住　　所　酒田市 電話番号　　(　　)
療養を受けた被保険者	氏　　名 個人番号 生年月日　昭和 / 平成 / 令和　　年　　月　　日 世帯主から見た続柄 被保険者記号・番号
受取方法	1 口座振込　2 窓口払 受取窓口：ア 市役所　イ 八幡総合支所　ウ 松山総合支所　エ 平田総合支所 受取希望日：　年　　月　　日
振込み先口座	銀行 / 農協 / 金庫　支店 / 支所　1 普通預金　2 当座預金 店　　番 口座番号　(カタカナで記入) 口座名義人
委任欄	※世帯主と口座名義人が異なる場合に記入してください。 療養費の受領を上記の口座名義人に委任します。 委任者(世帯主)　㊞

第三者行為	有 ・ 無

療養内容の詳細は裏面になります。

負担割合	7 ・ 8	総費用額	円
医療証	身障・子育て・ひとり親・なし	支給額	円

療養に関する詳細は、次のとおりです。

<table>
<tr><td>傷　病　名</td><td></td><td>発病負傷の
年　月　日</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td>療　養　期　間</td><td colspan="3">年　月　日から　年　月　日まで　日間</td></tr>
<tr><td>医療機関等の
名　称　及　び
所　在　地</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>医師等の氏名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">療養の給付を
受けることがで
きなかった理由</td><td rowspan="2"></td><td>発病の原因</td><td></td></tr>
<tr><td>傷病の経過</td><td></td></tr>
<tr><td>療　養　内　容</td><td></td><td>療　養　に
要した費用</td><td>円</td></tr>
<tr><td>備　　考</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>