

被保険者 記号番号		島 7 -	療養を受けた 被保険者氏名		年 月 日生											
			マイナンバー													
傷 病 名			療 養 期 間		年 月 日から 年 月 日まで 日間											
発 病 又 は 負傷年月日		年 月 日														
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			傷病の原因				療 養 に 要 し た 費 用 円									
			傷病の経過													
			療 養 内 容													
医 師 の 意 見 欄	傷 病 名															
	補装具使用 についての 意 見		装具の採寸、採型が行われた日										年 月 日		その日は 入院・外来	
			装具の装着（適合）を確認した日										年 月 日			
			年 月 日										住所 医師 氏名		印	
金融機関				口座番号		普・当		(フリガナ)								
		支店						口 座 名 義 人								
上記のとおり国民健康保険法施行規則第27条第1項の規定により申請します。 年 月 日 喜多方市長																
世帯主 住 所 氏 名 マイナンバー 電話番号 ()																

※療養に要した費用(A)						円
審査結果の増減額(B)						円
増減額の内容						
審査決定費用額 (C)		(A) - (B)				円
決 定 金 額 (D)						円
処理 確認	被 保 険 者 等 区 分	整理簿の整理	決定通知月日	給付記録整理	摘要	
	70歳未満・70歳以上 一般	割				
第三者行為による傷病の有無の確認欄 ☐ 第三者行為によるものではない ☐ 第三者行為によるもの⇒第三者行為担当に連絡すること。						
受付	マイナンバー確認	マイナンバー本人確認	マイナンバー代理権確認			
	☐ マイナンバーカード ☐ その他	☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証 ☐ その他	☐ 委任状 ☐ 資格確認書等 ☐ その他			
	{ }	{ }	{ }			

※欄以下は、申請者は記入の必要はありません。

私は、表面に記載されている申請者又は代理人が本人であることを確認しました。

年 月 日

確認者欄	所属課名	氏 名
		印