

様式第23号 (第35条関係)

国民健康保険療養費請求書				
金 額 円				
被 保 険 者 証 記 号 番 号	記 号	美 浦	番 号	
被 保 険 者	氏 名		個人番号	
療 養 費 の 種 類	医科診療費, 歯科診療費, 調剤費, 治療用装具, 「はり」・「あんま」・「マッサージ」施術費			
上記のとおり請求します。 年 月 日 世帯主 住 所 _____ 氏 名 _____ 個人番号 _____ 電話番号 _____ 美浦村長 殿				
銀 行 信用金庫 信用組合 農 協	支店 支所	口 座 番 号	普	
		口 座 名 義 人	フリガナ _____ 氏 名 _____	

委 任 状	
代理人 住 所 _____ 氏 名 _____ 本請求書に基づく金額の受領に関する一切の権限を上記の者に委任します。 年 月 日 世帯主 住 所 _____ 氏 名 _____	

注 請求者(世帯主)と受領者が異なる場合は委任状欄に記入してください。