

国民健康保険療養費支給申請書

一般	退職	割合	公費
		割	

被保険者証 記号・番号		(療養を受けた被保険者) 氏 名	世帯主との 続 柄
傷 病 名		個人番号	
発病負傷 年 月 日	年 月 日	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

所 在 地	
名 称	

療養の給付を受けることができなかった理由

療 養 に 要した費用	円	療 養 内 容	別紙のとおり
発病の原因		第三者行為	<input type="checkbox"/> 該当あり
傷病の経過			<input type="checkbox"/> 該当なし

振込希望の 金融機関名	(世帯主の口座) 農協 支所 銀行 支店	口座種別 <input type="checkbox"/> 普通 ・ <input type="checkbox"/> 当座 口座番号 _____ 口座名義 _____ 世帯主名
----------------	----------------------------	---

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。

年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

世 帯 主 \_\_\_\_\_ (※)

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

美 祢 市 長 様

(※) 本人が手書きをしない場合は、**記名押印**してください。