

国民健康保険療養費支給申請書

令和 年 月 日

下記のとおり療養費に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請いたします。

世帯主 住 所 宝達志水町 番地

氏 名

個人番号

被保険者証 記号番号		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
傷病の原因	<input type="checkbox"/> 第三者の行為（交通事故、けんかなど） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
振込先	銀行 信用金庫 農協 支店		
口座番号	普通 ・ 当座		
口座名義人	(フリガナ)		
(世帯主と口座名義人が違う場合は、この欄に署名押印してください。)			
上記名義人口座への振込を承諾します。 世帯主氏名			

傷病名		発病・負傷年月日	平・令 年 月 日
療養期間	平・令 年 月 日 から 平・令 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			
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 の な か っ た 理 由	1 医科 2 装具 3 海外・その他	発病の原因 傷病の経過 療養内容	
		療養に要した費用	円
備考			
費用額	保険者負担額	一部負担金	その他の負担分