

国民健康保険療養費支給申請書

保 険 者 番 号											
1	9										
加入制度		本家入外区分									
1国保	2本外	3六入	4六外	5家入	6家外	7高一入	8高一外	9高7入	0高7外		
4退職											
						決定額					
						一部負担額					
						支給額					
						公費負担		福		障	
支給申請書受理番号:											
国民健康保険療養費支給申請書											
(世帯主) 申請者住所氏名 (連絡先) 電話											
申請者の個人番号											
被保険者番号											
世帯番号											
被保険者の個人番号											
傷病名											
発病負傷年月日											
療養期間(調剤・施術)											
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											
療養費の支給申請をした理由(被保険者証で治療等が受けられなかった具体的な理由)											
発病又は負傷の原因											
上記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。											
平成 年 月 日 下記口座にお振り込み下さい。											
フリガナ											
口座名義人											
振込先金融機関											
銀行コード											
支店コード											
(右詰前0) 口座番号											
口座種別											
1・2 普通・当座											
(世帯主と預金名義人が違う場合は、この欄に署名捺印してください。)											
上記名義人口座への振込を了承します。 世帯主氏名											
備考											