

一 般	退 本	退 扶

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：

<b>国民健康保険療養費支給申請書</b>												〔 一般・歯科・薬剤・マッサージ 生血・補装具・はり・きゅう 〕							
(世帯主) 申請者	住所 氏名		(連絡先) 電話																
	申請者の 個人番号																		
被保険者の 記号・番号											療養を受けた 被保険者氏名								
世帯番号	受診者宛名 番号																		
被保険者の 個人番号											生年月日		年 月 日						
傷病名																			
発病負傷 年月日	年 月 日										性別								
療養期間 (調剤・施術)	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																			
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>																			
診療調剤又は手当に従事した医師、 歯科医師、薬剤師その他の者の氏名																			
第三者行為 (交通事故等)			該当・非該当																
発病又は負傷の原因			療養に要した費用																
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。												百万	十万	万	千	百	十	円	
年 月 日 振込金融機関口座を下記のとおり指定し、 情報端末に登録することを承諾します。																			
振込先	フリガナ																		
	口座名義人																		
	金融機関	銀行コード											支店コード						
		銀 行 信 用 金 庫 信 用 組 合 協 同 組 合										支 店							
(右詰前0) 口座番号												口座 種別	1 普通		2 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承諾します。												世帯主氏名							
㊟																			