

国民健康保険療養費支給申請書

1	一般	7・8割
2	退職本人	
3	退職扶養	

被保険者の 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		生年月日	年 月 日								
		個人番号									
発症・負傷 年月日	年 月 日	療養期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間								
療養、薬剤の支給または手当てを受 けた病院、診療所、薬局、その他の 者の所在地および名称											
療養の給付 を受けるこ とができな かった理由	1. 資格確認書を受け取る前であった	発病の 原因					療養に要した費用				
	2. 誤って前の保険証を使用した										
	3. 資格確認書を持っていなかった	傷病の 経過	※								
	4. 装具製作で保険契約がなかった										
5. 海外診療											
6. ()											
第三者行為（交 通事故）による 負傷の有無（ど ちらかに○）	有 ・ 無	療養内容					支給額				
							※				
振 込 先	銀行 支店 信金 支所 農協 出張所		普通 ・ 当座								
	口座番号		フリガナ								
			口座名義								
この給付金の受領を、振込先名義人に委任します。											
申請者（世帯主）の氏名											

上記のとおり、別紙証拠書類を添えて療養に要した費用の支給を申請します。

令和 年 月 日

申請者
(世帯主)
住所
氏名

個人番号
(電話 ー)

受付