

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		
発症・負傷年月日	年月日	療養期間	年月日から	年月日まで
療養、薬剤の支給または手当を受けた病院、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つた理由	1. 資格確認書等を受け取る前であった 2. 誤って前の保険証を使用した 3. 資格確認書等を持っていなかった 4. 装具製作で保険契約がなかつた 5. 海外診療 6. ()	発病の原因	療養に要した費用	
		傷病の経過	審査額	
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 信金 農協		支店 支所 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)

受付