受付	運免・番号カード・（　　）
	滞納　無　・　有（　　）

国民健康保険療養費支給申請書
（診療費・補装具・海外療養費・柔整・鍼灸/マッサージ・輸血）

被保険者証 記号番号	井さ　　－　　－		個人番号		
療養を受けた 被保険者氏名		男 ・ 女	生年月日	昭和　年　月　日	世帯主 との続柄
傷病名			一般・退職 被保険者等の別	一般　・　退職本人　・　退職扶養	
発病又は 負傷年月日	平成　　年　　月　　日		療養期間	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			医療機関名 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 受けることが できなかった理由	1. 保険証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. 保険証を持っていなかった （理由：　　） 4. 装具製作で保険契約がなかった 5. 海外診療 6.（　　）		傷病の原因	第三者行為（法64条）　有・無 自己の故意の犯罪行為（法60条）　有・無	
			傷病の経過		
			療養の内容		
療養につき算定した費用					
備考					

上記のとおり、別添証拠書類を添えて申請します。なお、私の受取金は下記の口座に振り込んでください。
ただし、世帯主名と振込口座名義が異なる場合については、受領に関する権限を委任したものとします。

年　　月　　日

坂井市長　様

世帯主　住　所

氏　名　　㊞　　㊞

個人番号												

申請人　住　所

氏　名　　㊞

世帯主との続柄

電話番号（　　）　　―

口座振込依頼欄														口座種別	1 普通預金　2 当座預金
銀行 信用金庫 農協 （　）				支店 出張所 営業部 （　）										フリガナ	
銀行コード				支店コード			口座番号							口座名義人	