

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 |      |

|                                                    |                          |                  |                    |  |  |  |                 |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------|--------------------------|------------------|--------------------|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|
| 被保険者証<br>の記号番号                                     |                          | 療養を受けた被<br>保険者氏名 |                    |  |  |  | 世帯主<br>との<br>続柄 |  |  |  |  |
| 傷病名                                                |                          | 生年月日             | 年 月 日              |  |  |  |                 |  |  |  |  |
|                                                    |                          | 個人番号             |                    |  |  |  |                 |  |  |  |  |
| 発症・負傷<br>年月日                                       | 年 月 日                    | 療養期間             | 年 月 日から<br>年 月 日まで |  |  |  | 日間              |  |  |  |  |
| 療養、薬剤の支給または手当てを受<br>けた病院、診療所、薬局、その他の<br>者の所在地および名称 |                          |                  |                    |  |  |  |                 |  |  |  |  |
| 療養の給付<br>を受けるこ<br>とができな<br>かった理由                   |                          | 発病の<br>原因        |                    |  |  |  | 療養に要した費用        |  |  |  |  |
|                                                    |                          | 傷病の<br>経過        |                    |  |  |  | 審査額             |  |  |  |  |
|                                                    |                          |                  |                    |  |  |  | ※               |  |  |  |  |
| 第三者行為（交<br>通事故）による<br>負傷の有無（ど<br>ちらかに○）            | 有 ・ 無                    | 療養内容             |                    |  |  |  | 支給額             |  |  |  |  |
|                                                    |                          |                  |                    |  |  |  | ※               |  |  |  |  |
| 振<br><br>込<br><br>先                                | 銀行 支店<br>信金 支所<br>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 <span style="float:right;">㊟</span>    |                          |                  |                    |  |  |  |                 |  |  |  |  |

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 )

◇本件の作成者及び連絡先は申請者と同じか ( 同じ ・ 異なる )

※ 異なる場合 住所 :

電話 :