

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		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 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					印

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

印

個人番号
(電話

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

—)