

療養費について下記のとおり支給決定してよろしいか。	課長	係長	係

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証の 記号番号	山7	療養を受けた 被保険者氏名	(フリガナ)	世帯主 との 続柄		
		個人番号				
療養の給付を受ける ことができなかつた 理由		<input type="checkbox"/> 治療上必要な装具の製作業者は医療機関でないため <input type="checkbox"/> 以前の健康保険資格喪失後の受診のため <input type="checkbox"/> 被保険者証が提示できなかつたため <input type="checkbox"/> その他（ ）)				
診療を受けた病院・ 診療所・薬局等の名称		名称			第三者行為によるものですか	
		所在地			1. はい	2.いいえ
発病又は負傷年月日 (療養開始日)		年　月　日	傷病名			
診療の期間 (支給期間)		自　年　月　日	日　数	療養に 要した費用	円	
		至　年　月　日	日			
療養の内容	1. 療養費 2. 補装具 3. その他（ ）)				入院	外来
備考						
算定根拠			支給決定額	¥		

公金受取口座を利用する 公金受取口座を利用しない（下記振込先口座を希望）

※公金受取口座は世帯主の方の口座のみ利用できます。

振込 先 口 座	銀 行 農 协 信用金庫 労働金庫	本 店 支 店 支 所 出張所	預金種別	1.普通	2.当座
			口座番号	・	・
			口座名義人 (カタカナで 記入)		

上記のとおり申請します。

年　月　日　(世帯主)　住所 _____
 氏名 _____
 個人番号 _____
 電話番号 _____

下 松 市 長 様