

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 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 ことができなかった 理由		<input type="checkbox"/> 治療上必要な装具の製作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"/> マイナ保険証等が提示できなかったため <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	¥	円	

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	本 店	預金種別	1.普通	2.当座
	農 協	支 店	口座番号		
	信用金庫	支 所	口座名義人 (カタカナで 記入)		
	労働金庫	出張所			

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	