

課長	課長補佐	係長	係員

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者 記号・番号	平川	療養を受けた 被保険者氏名		世帯主 との続柄		
疾 病 名		生 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日	歳		
		個人番号				
		第三者行為	有 ・ 無			
発病・負傷 年 月 日		療 養 期 間	令和 年 月 日から 令和 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						
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		発病の 原 因		療 養 に 要 し た 費 用	円	
		傷病の 発 達				
		療 養 内 容				
支 給 額	支払った額 × 割 =		今回支給額	自己負担額		
	円 × 割 =		円	円		

上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

銀行	支店
金庫	
農協	支所
口座振込先： _____	
口座番号： 普通・当座 No. _____	
フリガナ： _____	
口座名義人： _____	

住 所 : 平川市

氏 名(世帯主)

個人番号(12桁)

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

電話番号：

債権者番号