

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証の記号・番号		.									
療養を受けた被保険者	氏名										
	生年月日	昭和 平成	年	月	日	世帯主 との続柄					
	個人番号										
傷病名					発病又は負傷 年 月 日	平成	年	月	日		
療養期間	平成		年	月	日から	平成		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、薬局等	名称									入院	
	所在地									外来	
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											
療養の給付又は入院時食事療養費、 入院時生活療養費、保険外併用療養費 若しくは特別療養費の支給を 受けることができなかった理由		1 医師の指示による治療用装具を購入したため 2 被保険者証の提示をせずに診療を受けたため 3 元の加入保険の保険証で診療を受けたため 4 その他 ()									
発病の原因					傷病の経過						
療養内容					療養につき算定 した費用の額	円					
上記のとおり別紙証拠書類を添えて申請します。 下記の金融機関の預金口座に振込みを依頼します。 平成 年 月 日 (宛先) 入間市長 世帯主 住 所 氏 名 ㊞ 個人番号 電話番号											
振込先 (世帯主)	金融機関名	銀行・信用金庫 農業協同組合 店									
	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座	口座番号							
	フリガナ										
	口座名義										
処 理	被保険者区分	一般・70 (1・2・3)・未就学・退本・退被				整理番号	No.				
	税 資 格	. .		～	支給金額						