

様式第25号（第20条関係）

国民健康保険療養費支給申請書

| | | | | | | | | |
|--|--|--|-----------------------------|-------------------|----------|-------------|----|--|
| 療養を受けた 被保険者 | 記号 | | 番号(枝番) | (枝番) | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | |
| | 生年月日 | 昭和・平成・令和 | 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 | 令和 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 () | | | | | | |
| 傷病の原因 | 1 第三者行為（交通事故等） 2 業務上の災害（通勤災害等） 3 その他（自損事故・疾病等） | | | 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。 令和 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(2・3)・未就学 | | | 整理番号 | No. | | |
| | 税 資格 | . . . ~支給金額 | | | | | | |