

支給決定額
円

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証の 記号番号	多 一	療養を受けた 被保険者氏名	
		生年月日	年 月 日
区分	入院・外来	個人番号	
傷病名		発生・負傷 年月日	年 月 日
療養を担当した保険 医療機関等の名称及 び所在地並びに医師 の氏名	名 称		
	所 在 地		
	氏 名		
療養の給付を受ける ことができなかった 理由	1 業者に装具製作を依頼したため 2 保険加入手続き中に受診したため 3 受診の際、保険証を提示しなかったため 4 その他 ()		
療養の給付原因	<input type="checkbox"/> 第三者の行為によるもの <input type="checkbox"/> その他		
療 養 の 内 容		療養に要した費 用額	円
保 険 種 別	一般/退職 本人 家族	期 間	年 月 日から 年 月 日まで
振 込 先 金 融 機 関 名	口座種別	口 座 番 号	口座名義人 フリガナ
銀 行 本店	普 通		
信用金庫			
農 協 支店	当 座		
上記のとおり療養費を支給されたく証拠書類を添えて申請します。 年 月 日 〒 TEL 住 所 世帯主 氏 名 印 (個人番号) 多治見市長			