|  |
| --- |
| **国民健康保険療養費支給申請書** |
| 被保険者記号番号 | 芽 | （個人番号） | 年　　月　　日生(　　　　　　　　　　　　　　　) | 続柄 |  |
| 傷病名 |  | 傷病の期間 | 　　　　 　年　　月　　日から　　　　 　年　　月　　日まで　　　日間 |
| 発病負傷年月日 | 　　 年 月 日 |
| 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 |  |
| 診療所又は薬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１．緊急その他やむを得ない２．給付を行うことが困難３．その他 | 発病の原因 |  | 療養に要した費用 | 円 |
| 傷病の原因 |  |
| 療養の内容 |  |
| 備　　考 | 支給額　　　　　　　　　　　　円 |
| 振込先 | □**公金受取口座を利用する**（利用する場合は口座情報の記入不要）　※支給申請後に公金受取口座を変更・登録抹消すると、変更前口座に支給となることがあります。 |
| □振込口座を指定する |
|  | 金融機関名 | 銀行・信用金庫・農協　　　　　　　本店・本所・支店 |
|  | 口座種別 | 普通・当座・組勘 | 口座番号 |  |
|  | 口座名義人（カナ） |  |
| 　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。　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　世帯主　住所　芽室町　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　芽　室　町　長　　　様 |