

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者 記号番号	芽	フリガナ 利用者氏名 (個人番号)	年 月 日生 ()	続柄	
傷病名		傷病の期間	年 月 日から		
発病負傷年月日	年 月 日		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	<input type="checkbox"/> 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) <small>※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。</small>				
	<input type="checkbox"/> 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)					
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">世帯主 住所 芽室町</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p style="text-align: center;">芽 室 町 長 様</p>					

※世帯主氏名は署名または記名押印すること。
 ※領収書を添付すること。

※世帯主氏名は署名または記名押印すること。
※領収書を添付すること。