国民健康保険療養費支給申請書

受付	入力	照合

		一般　・　退本　・　退扶	
療養者の氏名		世帯主との続柄	
個人番号			
生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日	被保険者証記号番号	
傷病名		療養期間 (採寸日、証明日)	平・令　　年　　月　　日から 平・令　　年　　月　　日まで 日間
発病・負傷年月日	平・令　　年　　月　　日		
発病・負傷の原因			
傷病の経過		療養に要した費用	円
療養の内容		審査認定額	円
療養の給付を受けることができなかった理由		支給金額	円
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	名称		
	所在地		
従事した(歯科)医師又は薬剤師の氏名			

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。

令和　　年　　月　　日

世帯主
住　所　高岡市
氏　名
（TEL　　）

高　岡　市　長　　あて

振込金融機関名		金融機関コード	種類	口座名義（カタカナ）	口座番号
銀行 農協 信金 信組 金庫	本店 支店 支所 出張所		普通 当座		

本人確認	運転免許証　・　個人番号カード　・　不可 ・　その他（　　）
第三者行為によるもの	該当　・　非該当