

国民健康保険療養費支給申請書

(年 月 診療分)

被保険者 記号番号		療養を受けた 被保険者氏名		世帯主 との続柄	
個人番号			生年月日	昭・平・令 年 月 日	
傷病名		療養期間	始	年 月 日	日数
			至	年 月 日	日
		第三者行為	無 ・ 有		
発病・負傷年月日					
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、薬剤の支給または手当を 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				
診療又は調剤に従事した医師、 歯科医師、または調剤師					
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 氏名 申請書 住所 氏名 電話 — —					

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		
☐ 公金受取口座を利用します。【 世帯主 ・ 療養者 】 世帯主の公金受取口座を利用する場合は、世帯主の個人番号を以下に記入 世帯主の個人番号				