

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					
高岡市長あて 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 申請者 住所 氏名 電話 - -					

<受取方法> ※原則として世帯主の口座を指定してください。

金融機関名	金融機関 コード	種類	口座番号	口座名義 (カタカナ)
銀行 信金 信組 農協 金庫	本店 支店 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 () 】

※口座名義人が世帯主と異なる場合に、記入ください。

住所 _____ 氏名 _____ 世帯主からみた続柄 _____

本人確認	個人番号カード	運転免許証	不可	その他 ()
------	---------	-------	----	---------