

国民健康保険療養費支給申請書

(年 月診療分)

療養者氏名			被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	—	資 格	一 般 ・ 退 本 ・ 退 扶	
					続 柄		
生 年 月 日	年	月	日	個 人 番 号			
傷 病 名				発 病 又 は 負 傷 の 日	年 月 日		
療 養 期 間	年 月 日		から	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							
病院・診療所・調剤に従事した医師・歯科医師・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				発病の原因			
				第三者行為	該 当 ・ 非 該 当		
				傷病の経過			
				療 養 内 容			
療 養 に 要 し た 費 用						円	
支払方法	1 現金	2 口座振込	銀行				店
			信用金庫・組合				
			預 金 種 別	普通・当座	口 座 番 号		
			郵貯通帳記号				
フリガナ							
		口 座 名 義 人					
<p>上記のとおり療養に要した費用に関する別紙書類を添えて申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>世帯主 住所</p> <p>氏名</p> <p>電話 () -</p> <p>知立市長 様</p>							

(注) 1 この申請書には必ず領収書、証明書類等を添付してください。

2 保険証未提出の場合は、領収書と診療明細書(診療のわかるもの)を添付してください。

※ 処 理 欄	療 養 に 要 し た 費 用	審 査 決 定 費 用 金 額	支 給 決 定 金 額
	円	円	円