国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証記号・番号	胎内	区　分	1　一　般 2　退　職　（本人・被扶）
療養を受けた被保険者の氏名		生年月日	昭・平・令 年　月　日生
個人番号		第三者行為（交通事故等）の有無	有　・　無

診療薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局、その他名称及び所在地	
診療又は調剤に従事した医師、歯科医師又は薬剤師の氏名	㊞

傷病名及びその原因	別紙のとおり	療養の給付を受けることのできなかった理由 1　治療用装具 2　被保険者証の不提示 3　社保・共済被保険者等資格喪失 4　資格証明書を提示して受診したため 5　療養取扱い機関以外の病院等 6　その他 [　　]
発病又は傷病の年月日		
傷病の経緯		
療養内容		
療養期間	年　月　日 年　月　日 日間	

□入院 □入院外	療養に要した費用 円	備　考	

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

令和　年　月　日

〒　－

住　所　胎内市

世帯主名

個人番号

届出人氏名　㊞

電話番号　－　－

胎内市長様

金融機関名	銀行・信組 農協・労金	本店 支店	口座名義人	フリガナ （世帯主口座に限定）
預金種別	普通 当座			

（世帯主と口座名義人が違う場合は、この欄に署名押印してください。）

上記名義人口座への振込を承諾します。　世帯主　㊞

療養費支給決定伺

課長	係長	係

上記の申請について、次のとおり支給決定してよろしいか伺います。

支給決定額	×　＝　円