

# 記入例

第	受付者	税				
決定	査	担当	支給額	円	一般・退職(本人・被扶養)	入・外
伺					未就学児・一般・70歳以上( )	
					医療該当	なし・子・障・母・精
					資格取得	昭・平・令 年 月 日
					年月日	給付開始

内に記入してください。

## 国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証の 記号番号	傷病	日
療養を 受けた 被保険者	氏名	昭・平・令 年 月 日
	生年月日	
	個人 番号	

第三者がかかわっている場合は有に○、それ以外は無に○をつけてください。

第三者行為	有 ・ 無	療養期間	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで
-------	-------	------	--------------------------------

国民健康保険証の世帯主氏名に記載されている人です。

療養の給付を受けることができなかった理由	療養
----------------------	----

実際に届出をする人の氏名を記入してください。

長期入	
診療、薬剤 当を受けた 薬局、その 及び所在地	

公金受取口座を希望せず、世帯主以外の口座に振込みを希望される場合のみ、口座名義人の氏名と続柄をここに記入してください。

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	
--------------------------------	--

上記のとおり療養に要した費用の額に... 書類を添えて申請します。

届出人氏名

1・2いずれかに○をつけて下さい。公金受取口座は世帯主の口座となります。

市	令和 年 月 日
(電話 - - )	

支給額については

- 1. 口座振込(公金受取口座) ※直近1カ月以内
- 2. 口座振込(指定口座)

支払区分	金融機関名	種	口座名義人
1.現金 (コード)		1.普通(総合) 2.当座	フリガナ
2.振込	銀行 信用金庫	口座番号	
	支店		

原則、振込のみとなります。公金受取口座を希望しない場合は口座情報を記入してください。  
※ 銀行口座をお持ちでない場合は、ご連絡ください。