

記入

					受付者		税	
支給決定 伺	課長	補佐	主査	担当	支給額	一般・退職(本人・被扶養) 入・外		
					円	未就学児・一般・70歳以上()		
	<input type="text"/> 内に記入、押印をしてください。					医療該当	なし・子・障・母・精	
資格取得 年月日						昭・平・令 年 月 日		

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証の 記号番号				傷病名及び その原因	
療養を 受けた 被保険者	氏名	<input type="text"/>		発病又は負 傷の年月日	平成・令和 年 月 日
	生年月日 個人 番号			傷病の経過	
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
療養の給付を受 けることができな かった理由		<input type="text"/>		療養内容	
長期入院				該当 ・ 非該当	

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	名称	
	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		

国民健康保険証の世帯主欄に記載さ

上記のとおり療養に要した費用の額に関する証拠書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

住所 春日井市

世帯主

氏名

個人番号

(電話 - -)

(宛先) 春日井市長

届出人氏名

実際に窓口で届出をする人の氏名を

支給額については (続柄) に受領委任します。

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

原則、振込のみとなります。振込先の口座を記入してください。
※ 銀行口座をお持ちでない場合のみ、現金での受け取りとなりますが、後日受取日時を指定させていただきますので、申請の際に直接

世帯主以外の口座に振込みを希望される場合のみ、口座名義人の氏名をここに記入してください。