第9号様式

受付者		税	

支給決定伺	課長	補佐	主査	担当	支給額
					円
	令和　　年　　月　　日				

一般・退職（本人・被扶養）	入・外
未就学児・一般・70歳以上（　　）	
医療該当	なし・子・障・母・精
資格取得年月日	昭・平・令　　年　　月　　日 給付開始

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		発病又は負傷の年月日	平成・令和　　年　　月　　日
	生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日	傷病の経過	
	個人番号			
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			療養内容	
			療養に要した費用	円
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		

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

世帯主

氏名

個人番号

（電話　　－　　－　　）

（宛先）春日井市長

届出人氏名

支給額については、（続柄）に受領委任します。

1. 口座振込（公金受取口座）　※市で公金受取口座の登録の確認ができなかった場合は、申請書を返却します。
2. 口座振込（指定口座）

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	フリガナ	
2.振込	銀行 信用金庫 農協	支店	口座番号	氏名	