

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	一般・退職(本人・被扶養)	入・外
					円	未就学児・一般・70歳以上()	
	令和 年 月 日					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

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	
長期入院	該 当 ・ 非該当		療養に要 した費用	円

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 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 _____

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	フリガナ
2.振込	銀 行 信用金庫 農 協 支店	口 座 番 号 : : : : : : : : : : : : : : :	氏 名