

国民健康保険療養費等支給申請書

被保険者記号・番号				療養を受けた被保険者の氏名		
療養を受けた被保険者の 生 年 月 日		年 月 日				
療養を受けた被保険者の 個 人 番 号						
傷 病 名				発病・負傷 年 月 日	令和 年 月 日	
療 養 期 間		年 月 日から 年 月 日まで 日間				
療養を受けた病院、診 療所薬局等の名称及び 所在地		名 称				
		所 在 地				
療 養 の 給 付 を 受 け る こ と が で き な か っ た 理 由			発病の 原因	1 第三者行為（交通事故等） 2 その他（疾病等・自損事故）	療 養 に 要 し た 費 用	
			傷病の 経過			
			療養 内容			
円						
<div>第27条第1項・ 国民健康保険法施行規則 第27条の5第1項 の規定により、上記のとおり療養に要した費用に 第27条の12 関する別紙証拠書類を添えて申請します。 なお、支給決定金額については下記口座へ振り込みを依頼します。 年 月 日 世帯主 住 所 〒 氏 名 個 人 番 号 電 話 山県市長 様</div>						
振 込 先	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する （利用する場合は口座情報の記入不要。口座名義人（カナ）のみ記入） 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出も不要になります。					
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する					
	銀行・金庫 農協・組合		口座 種別	1 当座 2 普通	フリガナ	
					口 座 名 義 人	
本店・支店 出張所				口 座 番 号		

本人確認欄（来庁者）	受付担当者
免許証・マイナンバーカード その他（ ）	