

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つた理由		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 円
		傷病の経過		
		療養内容		

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

に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

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	フリガナ
	本店・支店 出張所		2 普通	口座名義人
			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（ ）	