

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証の記号番号			療養を受けた被保険者の氏名			
療養を受けた被保険者の個人番号						
被保険者区分	一般 ・ 退本人 ・ 退家族					
傷病名		発病・負傷 年 月 日	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					
	療内養容					
備 考						
<p>国民健康保険法施行規則 第27条第1項 第27条の5第1項 第27条の12 の規定により、上記のとおり療養に要した費用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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所 世帯主氏名 個人番号 電 話</p> <p style="text-align: right;">①</p> <p style="text-align: center;">山県市長 様</p>						
振込先	取引金融機関	農 協 銀 行 信用金庫	店	口座の種別	フリガナ	
				1 当座	口座名義人	
				2 普通	口座番号	