

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証	記号	3 8	番号	
療養を受けた被保険者	氏名			
	個人番号	(記入不要)	世帯主との続柄	
傷病名		一般・退職被 保険者等の別	一般 ・ 退職本人 退職被扶養者	
発病又は負傷年月 日	年 月 日	療養期間	年 月 日から	年 月 日まで 日間
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				
療養の給付又は特定療 養費の支給を受けるこ とができなかった理由	発病の原因		療養につき 算出した費 用の額	円
	傷病の経過			
	療養の内容			
口座振込依頼書 療養費については、下記預金口座に振込みください。				
振込先指定	銀行 信用金庫 本・支店 農協			
	種別	普通 当座	口座番号	フリガナ 口座名義人
上記のとおり、別紙証拠書類を添えて申請します。 令和 年 月 日 蓮田市長 宛て 世帯主 住 所 氏 名 個人番号 (記入不要) 電話番号 届出人 氏 名				

備考

- 1 診療報酬明細書と領収書を添付してください。
- 2 コルセット (装具) 請求のときは、保険医の診断書又は証明書を添付してください。

10割	() 割	支給額

()