

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者	記号		番号	
療養を受けた被保険者	氏名			
	個人番号		世帯主との続柄	
傷病名				
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 農協 本・支店			
	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。				
年 月 日				
蓮田市長 宛て				
世帯主 住所 (申請者) 氏名 個人番号 電話番号				

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。