

国民健康保険療養費支給申請書

1	一般
2	㊟本人
3	㊟扶養

個人番号		療養を受けた被保険者氏名	年月日生	世帯主との続柄	
被保険者記号・番号	井あ				
傷病名		第三者行為による負傷の有無（どちらかに○）			有・無
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、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 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					
療養の給付を受けることができなかった理由		発病の原因	療養に要した費用 円		
		傷病の経過	審査額 円		
		療養内容	支給額 円		
振込先	銀行 支店 信金 支所 農協 出張所			普通・当座	
	口座番号		口座名義人氏名		
この給付金の受給を上記振込先名義人に委任します。（ただし、同一家族に限る。） 世帯主 氏名					

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。

年 月 日

あわら市長 様

住 所

世帯主

氏 名

個人番号

（電話 ー ）