

確認	受付

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 被保険者氏名	生年月日	・	・
		世帯主との続柄		
個人番号				

一般・退職 被保険者等 の別	一般・退職	本人 被扶養者	負担区分	高齢受給者	1割 2割 3割	未就学
----------------------	-------	------------	------	-------	----------------	-----

療養期間	年 月 日 ~ 年 月 日 日間
------	------------------

診療・薬剤の支給を受けた 病院、診療所、薬局その他の者 の名称及び所在地		第三者行為 (交通事故等) の有無	有・無
--	--	-------------------------	-----

医師、歯科医師、薬剤師の氏名	別紙のとおり	傷病名	別紙のとおり
----------------	--------	-----	--------

療養の給付又は特別療養費の 支給を受けることができなかった理由		発病の原因	別紙のとおり
		傷病の経過	別紙のとおり
		療養内容	別紙のとおり
		療養につき算定 した費用の額	

備考	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来
----	---

上記のとおり別紙証拠書類を添えて申請します。

年 月 日

(宛先)

狭山市長 千 一

住所 狭山市 _____

世帯主

氏名 _____

TEL _____

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

下記金融機関の預金口座に振込を依頼します。

振込先	銀行 農協 信用金庫	支店	普通 ・ 当座	店番	名義人	フリガナ
				口座番号		