

様式第12号（第14条、第19条関係）

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						生年月日		. .			
		個人番号								世帯主との続柄			
負担区分	高齢受給者（ 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				傷 病 名									
療養の給付又は特別療養費 の支給を受けることができ なかつた理由				発 病 の 原 因									
				傷 病 の 経 過									
				療 養 内 容									
				療 養 に つ き 算 定 し た 費 用 の 額									
備 考 ☐ 入院 ☐ 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 世帯主 住 所 狭山市 氏 名 TEL 個人番号													
☐ 公金受取口座を利用する(利用する場合は口座情報の記入不要) ☐ 振込口座を指定する													
振込先	銀 行 農 協 信用金庫		支店		普 通 ・ 当 座	店番・口座番号		名 義 人	フリガナ				
						.							