

国民健康保険療養費支給申請書

被 保 険 者 番 号			
療 養 を 受 け た 被 保 険 者 氏 名		世 帯 主 と の 続 柄	
個 人 番 号			
傷病名		療養期間	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間
発病負傷年月日	年 月 日		
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			
診療又は調剤に従事した医師、歯科医師又は 薬剤師の名称			
療養の給付を受け ることができな かった理由		傷病の経過	
		療養の内容	
備 考	上記項目は、証明書のとおり		
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>世帯主 (〒 - )</p> <p>住 所</p> <p>氏 名</p> <p>電 話</p> <p>犬山市長</p>			

- 添付書類 ① 療養に要した費用に関する領収書  
 ② 診療報酬明細書 (コルセットの場合は医師の証明書)

※市 確 認 欄	資 格	有 ・ 無	振 込 先 口 座	金融機関名	銀 行 信 用 金 庫 農 協	備 考
	入院外来の別	入院 ・ 外来				
	前期区分	現・一・Ⅱ・Ⅰ		支店名	支 店	通帳・カード・他・無
	内 訳	裏面・別紙・無		預金の種類	普通 ・ 当座	受付者
	第三者行為	有 ・ 無		口座番号		受付印
	福祉医療	子・障・母・精		フリガナ		
		有 ・ 無		口座名義人		
収納状況	完納・未納					

療養に要した費用	円	審査決定費用額	円	決定金額	円
----------	---	---------	---	------	---