

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証 記号番号					
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				年 月 日 から	
発病負傷年月日		年 月 日		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		支店名	支店	
	前期区分	現・一・Ⅱ・Ⅰ		預金の種類	普通・当座	受付者
	内訳	裏面・別紙・無		口座番号		
	第三者行為	有・無		フリガナ		
	福祉医療	子・障・母・精 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
----------	---	---------	---	------	---