国民健康保険　療養費支給申請書

※太枠内を記入してください。

（あて先）糸魚川市長

被保険者証の記号番号	糸　魚　川	個人番号	
		療養を受けた被保険者氏名	
		生年月日	年　月　日　歳
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	医CD		
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のできなかった理由	□ 装具　□ 保険証未提示（理由　　） □ その他（　　）		
発病の原因	□一般疾病　□第三者行為	傷病の経過	
療養内容		療養に要した費用	円

指定振込先	金融機関名	銀行・信用組合 農協・信用金庫 労働金庫	本店 支店	
	預金種別	普通　・　当座	口座番号	
	口座名義人	フリガナ	世帯主との続柄	□世帯主本人 □その他（委任状添付）

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。

令和　　年　　月　　日

世帯主　住　所　糸魚川市

氏　名

個人番号

窓口に来た人	□世帯主（電話番号記入） □世帯主以外（全て記入）	氏名　　続柄 電話番号

【本人確認】免・個・パ・在・保・障・聴・職・他(　　)

※市処理欄

受付	・収納（未納あり・なし）　・第三（該当・非該当）　・公費（なし・県障・単子・県親）				
担当	負担区分　・未就学児(2割)　・若者一般(3割)　・前期高齢(2割･3割)				受付印
	申　請　書 □ 記入チェック　□ 添付書類チェック				
	入　　力 □ 口座(債権者No.　　)　□ 国保総合(　／　)　□累積				
	支給決定額	円	審　査	支　給	受　付
	支給決定日				