

一 般	退 本	退 扶

決定額						
一部負担金						
支給額						
公費負担	有・無	福	障	他 ()		

聖籠町長 様

年 月 日付で下記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

国民健康保険療養費支給申請書

（ 一般・歯科・調剤・補装具・柔整・あんま・
マッサージ・はり・きゅう・看護・移送・生血・その他 ）

申請者	住所					電話番号	()					
	氏名	(印)				受診者との続柄	世帯主・同居家族・その他 ()					
受診者氏名				性別	男・女	生年月日	年 月 日					
個人番号										保険証記号・番号	聖籠	

傷病名					診療調剤の支給又は手当てを受けた病院等の名称及び所在地				
発病負傷年月日	年	月	日	名称	病院・医院・診療所				
療養期間	年 月 日 から			所在地					
(調剤・施術)	年 月 日 まで (日間)			従事した医師等の氏名					
発病又は負傷の原因					第三者行為(交通事故等)の有無	有・無			
療養費の支給申請理由				<保険証で治療等を受けられなかった具体的な理由>					

振 込 先 口 座	フリガナ												
	名義人												
	銀行名	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合				支店名				支店			
	銀行コード					支店コード							
	口座種別	1. 普通預金		口座番号								(右詰前0)	
	2. 当座預金												

※ 振込先口座を世帯主以外の口座に指定する場合は、委任状の記入が必要です。