

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			
傷病名	生年月日	年 月 日			
	個人番号				
発症、負傷年月日	療養期間	年 月 日から 年 月 日まで			
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氏名					
療養の き給 な付 かを つ受 たけ るこ とが で	1.	のため療養取扱機関でない医療機関で療養等の給付をうけた。	移送方法		
	2.	のため資格確認書を提出しなかった。			
	3.	生血の提供を受けた。	付添人氏名		
	4.	あんま・マッサージの施術を受ける。	付添人住所		
	5.	柔道整復の施術を受ける。	療養に要した費用		
	6.	補装具を装着する。			
振込先	<input type="checkbox"/> 世帯主の公金受取口座を利用する (注)世帯主以外の口座を指定する場合は、必ず口座情報をご記入ください。 ※公金受取口座への振込を希望する場合、個人番号を基に情報照会を行うことに同意したものとみなします。 ※公金受取口座への振込を希望し、上記にチェックを入れた場合は、以下の金融機関情報について記載の必要はありませんが、記載があった場合には、以下の金融機関への振込を優先します。				
	金融機関名	支店名	種別	口座番号	(フリガナ) 口座名義
	銀行 金庫 農協	本店 支店	普通 ・ 当座		
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 申請者(世帯主) 住 所 印 個人番号 氏 名 電話番号 池田町長 様					