

## 国民健康保険療養費支給申請書

記号		番号		療養を受けた 被保険者氏名	
個人番号					
傷病名				発病・負傷年月日	年 月 日
療養期間	年 月 日 から			年 月 日まで 日間	
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		名 称			
		所在地			
診療又は調剤に従事した医師、歯科医師、薬剤師の氏名					
療養の給付又は特定療養費の支給を受けることができなかった理由	1 資格確認書等を持参しなかったため			発病の原因	
	2 保険加入の手続きが遅れたため			傷病の原因	
	3 海外で治療を受けたため			療養内容	
4 補装具を作成したため					
5 その他					
（ ）					
第三者の行為による負傷等	該 当 ・ 非 該 当			備 考	
療養につき算定した費用の額	円				
振 込 先	金融機関名	銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合			
	口座番号	普通 当座 貯蓄	フリガナ 口座名義人		
支店(店番 )					
上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。					
令和 年 月 日					
住 所					
世帯主					
氏 名					
個人番号					
電話・FAX ( ) -					
草加市長 宛て					

審査決定点数	点
療養の給付をした場合に要する額	円
一部負担金	円
差引支給額	円

国民健康保険税	完 納	未 納	(納税相談・納付履歴)
---------	-----	-----	-------------

医 科	歯 科	調 剤	補装具	柔 整	鍼 灸	按 摩
入院	外来	高 齢	割	・	未 就 学	

※氏名を署名した場合は、押印を省略することができます。