

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						
	生年月日	年	月	日	男・女		
	個人番号						
交通事故等による負傷		はい・いいえ ※「はい」の場合、第三者行為の届出が別途必要な場合があります。					
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
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、歯科医師又は調剤師の氏名							
傷病の経過		療養内容					
療養の給付を受けることができなかった理由		療養に要した費用					
受取口座 (いずれかの□ にレ点を入れて ください)	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（公金受取口座登録をしている世帯主の口座）。 ※利用する場合は下記の振込口座の指定は不要です（振込口座の記入があった場合は記入された口座に振り込みます）。						
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する（下記の欄に記入してください）。						
	銀行	本店	フリガナ				
	金庫	支店	名義人				
農協	出張所	預金種別	普通・当座				
		口座番号					
※区分	※決定点数	※1点単価	※金額	※負担割合	※支給額		
診療 その他							
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。 なお、上記の預金口座名義人に振り込むことを承認します。							
年 月 日 住所 申請者（世帯主） 氏名 個人番号 （電話番号 — — ）							
（宛先） 鈴鹿市長							

※欄は記入しないでください。