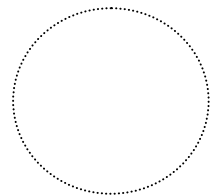


国民健康保険療養費支給申請書



受付印

被保険者記号・番号								受診者の 氏名及び 生年月日		S・H・R 年 月 日				世帯主 との続柄	
城								一般		※高齢受給者		高齢8割・高齢7割			
資格								個人番号							
傷病名								発病負傷年月日							
発病の原因								①一般傷病 ②労災関係 ③第三者行為（交通事故等）							
疾病等の経過								名称							
診察、薬剤の支給又は 手当を受けた病院、 診療所、薬局等								所在地							
								医師の氏名							
								療養内容							
療養期間								年 月 日より（意見日） 日まで 日間				療養に要した費用		円	
療養の給付を受けるこ とができなかった理由								□装具製作業者は保険医療機関でないため				□その他（具体的に事情を書いてください。）			
備考								受領の方法							
受取金融機関名等								銀行				種別			
								信金				支店			
								農協				(店番)			
								口座番号				口座名義（フリガナ）			
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															
(あて先) 城陽市長 (世帯主) 住所 城陽市															
氏名															
TEL ()															

※印のついている項目は記入不要です

受付者