

支給内訳	費用額	円
	本人負担	円
	支給額	円

記入しないでください。

国民健康保険療養費支給申請書					
被保険者証の記号番号	〇〇-〇〇〇〇〇	療養を受けた被保険者氏名	ふじみ野 花子	世帯主との続柄	妻
傷病名	〇〇〇〇〇〇〇〇症 お医者さまの証明書の傷病名をご記入ください。		一般・退職被保険者等の別	一般	退職本人 退職扶養
発病又は負傷の年月日	平成 年 月 日	療養期間	平成 年 月 日から 平成 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	ふじみ野病院 ふじみ野市大井1-1-1				
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	ふじみ野 次郎				
療養の給付、入院時食事療養費の支給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	○診療費の申請をされる方は、国民健康保険被保険者証で医療機関にかかることのできなかった理由を記入してください。		原因	-	療養につき算定した費用の額 円
			経過	-	
備考	診療費・補装具の別を記入してください。				
上記のとおり、別紙証拠書類を添えて申請します。 平成 〇年 〇月 〇日 ふじみ野市長 あて 世帯主 住所 ふじみ野市福岡1-1-1 氏名 ふじみ野 太郎 電話番号 049-261-2611 世帯主様のご住所・ご署名、下に世帯主様名義のお口座(お振込先)のご記入をお願いします。(ゆうちょ銀行はお振込みできません。)					
口座振込依頼					
振込先金融機関名		預金種別	預金口座の番号及び名義人		
銀行	支店番号	普 ・ 当	番号		
信用金庫	支店		フリガナ		
農協			名義人		

世帯主様の続柄は「本人」になります。

発病・負傷年月日、療養期間は申請する療養費(診療費・補装具等)に関する年月日をそれぞれ記入してください。

お支払いになった金額を記入してください。