

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者の 記号・番号		療養を受けた 被保険者氏名	年 月 日生	世帯主との 続 柄	
傷 病 名		個人番号			
発病、負傷 年月日	年 月 日	療養期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
診察、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					
療養の給付 を受けること ができなかつ た理由	発病の原因	第三者行為(該当・非該当)		療養に要した費用	
	傷病の経過			円	
	療養内容			支給決定金額	
備考	他公費(老・障・子・ひ・その他_____)有・・・案内済/無 滞納 有/無			円	

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。

年 月 日

申請人(世帯主)

住 所

氏 名

個人番号

TEL

阪 南 市 長 様

振込先金融機関名	銀 行 農 協 信用金庫	本 店 支 店
預金種別	普通	当 座
預金口座番号		
(フリガナ)		
口座名義		