第９号様式

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証の記号番号	ー	療養を受けた被保険者名		世帯主との続柄	
個人番号		療養期間	年　月　日から 年　月　日まで 日間		
疾病名					
発病・負傷年月日	年　月　日				
保険医療機関	名称				
	所在地				
診療または調剤に従事した医療、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った理由	装具の製作を業者に依頼した為	発病の原因		療養に要した費用	
		傷病の経過			
		療養内容			

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

蒲郡市長殿

住所

世帯主・申請者　氏名

個人番号

（電話番号　　―　　）

負担区分	一般	退職本人	退職扶養	
	未就学	高齢１割	高齢２割	高齢３割

振込先	口座名義人	種目	口座番号
信用金庫 銀行　店 農協	ﾌﾘｶﾞﾅ	普通 当座 (　　)	

費用額	給付決定額	被保険者負担分	その他負担分