

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証 の記号番号	—	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 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間				
疾病名					
発病・負傷 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。 平成 年 月 日 蒲 郡 市 長 殿 <div style="text-align: right; margin-right: 50px;"> 住 所 世帯主・申請者 氏 名 (印) 個人番号 (電話番号 —) </div>					
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 農 協	店	カガナ		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	