

国民健康保険療養費支給申請書

( 年 月診療分)  
年 月 日

豊明市長 殿

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
(世帯主) 氏名 \_\_\_\_\_  
個人番号 \_\_\_\_\_  
電話 \_\_\_\_\_

病院等への支払が済みましたので、関係書類を添えて申請します。

被保険者記号・番号		療養等を受けた被保険者名		世帯主 との続柄
生 年 月 日	年 月 日	個人番号		
傷病名及びその原因				
発病・負傷年月日	年 月 日	療養に対し病院等へ 支払った額	円	
療 養 期 間	年 月 日から 年 月 日まで ( 日間)			
診療又は調剤の支給又は手当 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				
療 養 内 容				
傷 病 経 過				
療養費計算式	審査総額		支給金額	
	円 × / 10 =		円	

振 込 口 座	<input type="checkbox"/> 申請者の公金受取口座を利用する (口座情報の記入は不要です。)			
	<input type="checkbox"/> 口座を指定する			
	金 融 機 関 名	種 別	口 座 番 号	口 座 名 義 人