

国民健康保険療養費支給申請書

	入・外	一般・退職	一般・未就学・高齢	一般・低Ⅰ・低Ⅱ・一定・2割
被保険者証 の記号番号			療養を受けた被 保険者氏名	世帯主との続柄
傷病名			個人番号	
発病・負傷 年月日			療養期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間
診療・薬剤の支給又は手当てを受けた病院・ 診療所、薬局その他の者の名称および所在地				
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 できなかった 理由	発病の 原因		療養に要 した費用 円	
	傷病の 経過		給付割合	0.7 0.8 0.9
	療養 内容		支給金額	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。				
なお、支給金額については、下記口座へ振込んでください。				上記の療養について、第三者行為による傷病 の治療が含まれている場合○を付けてくださ い。
年 月 日 世帯主 住所 知多郡南知多町大字 字 氏 名 南 知 多 町 長 殿				

振 込 先	(振込先金融機関名) あいち知多農協 愛知県信漁連 知多信用金庫 三菱UFJ銀行 ゆうちょ銀行 中京銀行 ()	(支店名) 支店	(口座番号)
	(預金種目) 普 通 当 座	(口座名義人)フリガナは必ずご記入ください。	

福祉医療の種類 子ども 障害 精神 母子