

支給種別	
支給区分	

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				
	生年月日				
区 分	個人番号				
	傷病名		から		
発病、負傷 年月日	療養期間		まで 日		
診療、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		名称			
		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	<ul style="list-style-type: none"> 補装具のため給付外請求 海外での診療のため その他 (以下のとおり) 	発病の原因		療養に 要した 費用	費用額
		傷病の経過			_____ 円
		療養内容			支給額
		第三者行為			_____ 円
一部負担額					_____ 円
備 考					
<p>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。 療養費の受領方法については下記の口座へ振り込みしてください。</p> <p>年 月 日</p> <p>栗原市長 様</p> <p>世帯主 住 所 _____</p> <p>氏 名 _____</p> <p>個人番号 _____</p> <p>電話番号 () _____ - _____</p> <p>(振込先) 代理人 氏 名 _____</p>					
金融機 関名	支店名	預金種別		名義人	カナ
		口座番号			漢字

※世帯主以外の方の口座へ振り込み希望の際は、(振込先) 代理人氏名欄に口座名義人の氏名を記入してください。