

国民健康保険療養費支給申請書

① 資格区分		一般 ・ 一般高齢受給者（ 一般 ・ 一定以上 ）	
② 療養を受けた被保険者		被保険者番号	
		氏 名	
		生年月日	昭・平・令 年 月 日
		世帯番号	
		個人番号	
③ 療養を受けた病院・診療所 薬局等の名称及び所在地 診療等に従事した医師等の氏名		名 称	
		所 在 地	
		氏 名	
④ 傷病名及びその原因		傷 病 名	
		原 因	
		第三者行為 該当の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
⑤ 発病又は負傷年月日		年 月 日	
⑥ ④の病院等で療養を受けた期間		年 月 日 から 年 月 日 まで 日間	
⑦ 療養の経過			
⑧ 療養の内容			
⑨ 療養につき算定した費用の額		円	
⑩ 一部負担額（ 割）		円	
⑪ 療養費支給決定額		円 （うち公費請求分 円）	
⑫ 振 込 先	銀行 信用金庫 本店 普通 口座番号 _____ 農協 (フリガナ) 漁協 支店 当座 口座名義人 _____		
上記の通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。 令和 年 月 日 西 予 市 長 殿 〒 世帯主 住 所 西予市 _____ 氏 名 _____ 電 話 _____ 個人番号 _____			