

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者記号・番号		記号		番号		
療養を受けた 被保険者	氏名又は 個人番号				一般・退 職被保険 者等の別	一般 退職本人 退職被扶養
	生年月日	年	月	日	世帯主との続柄	
傷病名					発病又は負傷年月日 年 月 日	
療養の期間	年 月 日～		年 月 日		日間	
発病又は負傷 の原因	1 第三者行為（交通事故等） 2 業務上の災害（通勤災害等） 3 その他（自損事故・疾病等）			傷病の経過		
診療を受けた 病院等の名称 及び医師氏名	名称					
	所在地					
	医師氏名					
療養の給付を 受けられなかった理由					備考	
病院等で支払った金額					円	
振 込 先	金融 機関	銀行・信用金庫 農協・信組・労金			支店・本店 出張所	
	口座 番号	普通・当座		フリガナ		
				名義人		
上記のとおり、別紙証拠書類を添えて申請します。 <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> 年 月 日 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> 蕨市長 あて </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> 世帯主 住所 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> 氏名 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> 個人番号 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> 電話 </div>						