

記入方法

国民健康保険療養費支給申請書

受付

被保険者証の 記号番号	四国中央 ※1	療養を受けた 被保険者氏名 生年月日	※2	
個人番号	※3		昭和 平成 令和	年 月 日
傷病名		療養期間	年 月 日 から	
発病・負傷 年月日	<input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/> 不詳		年 月 日 まで	
診療・薬剤の支給又は、手当をうけた病院・ 診療所・薬局その他の者の名称及び所在地		病院名		
		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、入院時 食事療養費、又は、 特定療養費の支給 若しくは、特別療養 費の支給をうけること ができなかった理由	発症または負傷の原因		第三者傷害 ・ その他	
	傷病の経過		※4	
	療養内容			
療養費に要した費用		円		
振 込 先	預金銀行・農協名等 金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 支所	口座名義人 ※5
	預金種別	普通 ・ 当座		(ふりがな)
	口座番号			

下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。

令和 年 月 日	※6
四国中央市長 様	
住 所 四国中央市	
氏 名	
世帯主	
個人番号	
電話番号	

- ※1…四国中央市国保の保険証番号を記入してください。
- ※2…療養を受けた方の氏名と生年月日を記入してください。
- ※3…療養を受けた方のマイナンバーを記入してください。
- ※4…発症または負傷の原因が第三者行為（交通事故等）による場合は、第三者傷害に○で  
囲んでください。
- ※5…世帯主または療養を受けた本人名義の振込先口座を記入してください。
- ※6…世帯主の住所・氏名・マイナンバー・電話番号を記入してください。

☆ ※1・※3については、わからない場合は空欄で構いません。