

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 1234567	療養を受けた 被保険者氏名 生年月日	国保 花子
個人番号	1234 5678 9012		昭和 平成 令和
傷病名	療養を受けた方の マイナンバー(12桁)を書いてください	養期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
発病・負傷 年 月 日	<input type="checkbox"/> 不詳		日間
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	負傷の原因が、交通事故などの 第三者の行為によるものかどうか、	
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 費の支給を受けること 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	交通事故などが原	
	療養内容		
療養費に要した費用			円(自)
振 込 先	<input checked="" type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する(世帯主の口座) 注 利用する場合は口座情報の記入は、不要です。		
	世帯主または療養を受けた方 どちらかの口座をご記入ください。		
	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
	預金種別	普通・当座	
口座番号			(ふりがな)

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。

令和〇年〇月〇日

四国中央市長 様

住所 四国中央市 三島宮川4丁目6番55号

世帯主 氏名 四国 太郎

個人番号 1234 5678 9012

電話番号 0896-28-6020

世帯主の氏名と個人番号