

福祉医療の有無（有・無）

第三者行為の有無（有・無）

一般 退職本人 退職扶養

## 国民健康保険療養費支給申請書

|                                              |                |                          |                                       |                  |   |
|----------------------------------------------|----------------|--------------------------|---------------------------------------|------------------|---|
| 被 保 険 者<br>記 号 番 号                           | —              | 療養を<br>受けた<br>被保険<br>者氏名 | ( 年 月 日 生 )                           |                  |   |
| 傷 病 名                                        |                | 個人<br>番号                 |                                       |                  |   |
| 発 病 ・ 負 傷<br>年 月 日                           | 年 月 日          | 療 養<br>期 間               | 年 月 日から<br>年 月 日まで 日間<br>( 診療年月 年 月 ) |                  |   |
| 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<br>所 在 地 |                |                          |                                       |                  |   |
| 診療又は調剤に従事した医師歯科医師<br>又 は 薬 剤 師 の 氏 名         |                |                          |                                       |                  |   |
| 療養の給<br>付を受け<br>ることの<br>できなか<br>った理由         |                | 発病の<br>原 因               |                                       | 療養に<br>要した<br>費用 | 円 |
|                                              |                | 傷病の<br>経 過               |                                       |                  |   |
|                                              |                | 療 養<br>内 容               |                                       |                  |   |
| 備 考                                          | 入院 ・ 通院        |                          |                                       |                  |   |
| 上記のとおり申請します。                                 |                |                          |                                       |                  |   |
| 年 月 日 世帯主 住 所 西尾市                            |                |                          |                                       |                  |   |
| 氏 名                                          |                |                          |                                       |                  |   |
| 電話番号 —                                       |                |                          |                                       |                  |   |
| (宛先) 西 尾 市 長                                 |                |                          |                                       |                  |   |
| 個人番号                                         |                |                          |                                       |                  |   |
| 金 融<br>機 関 名                                 | 銀 行<br>信用金庫    |                          | 口 座<br>番 号                            | 普通（総合）<br>当座     |   |
|                                              | 信用組合 支店<br>農 協 |                          | 名 義<br>氏 名                            | フリガナ             |   |

注 意 この申請書には、次に掲げる書類を添付しなければならない。

- (1) 療養に要した費用に関する領収書
- (2) 国民健康保険診療報酬請求明細書を用いた診療の明細書。ただし、これによることができない場合は、これに準ずる診療の明細書