

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

| | | | | | |
|--|------------|------------------|---------------------------------------|---------------|---------------------------|
| 被保険者証 記号番号 | — | 療養を受けた 被保険者氏名 | (年 月 日生) | | |
| 傷病名 | | 個人 番号 | | | |
| 発病・負傷 年 月 日 | 年 月 日 | 療養 期間 | 年 月 日から 年 月 日まで 日間 (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 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 付を受け ることの できなかつた理由 | | 発病の 原因 | | | 療養に 要した 費用 円 |
| | | 傷病の 経過 | | | |
| | | 療養 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 機関名 | 銀行 信用金庫 | | 口座 番号 | 普通 (総合) 当座 | |
| | 信用組合 農協 | | 支店 名義 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