

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 の 記 号 番 号	—	療養を 受けた 被保険 者氏名	(      年      月      日 生 )		
傷 病 名	<b>別紙のとおり</b>	個人 番号			
発 病 ・ 負 傷 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		<b>別紙のとおり</b>			
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	<b>別紙のとおり</b>				
療養の給 付を受け ることの できなか った理由	発病の 原 因		療 養 に 要 し た 費 用	<b>別紙のとおり</b>  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		住 所      西尾市			
		世帯主      氏 名		Ⓜ	
		電話番号      —			
(宛先) 西 尾 市 長		個人番号			
金 融 機 関 名	銀 行	口 座 番 号	普通 (総合)		
	信用金庫		当座		
	信用組合	名 義 氏 名	フリガナ		
	農 協				

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