

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者記号・番号																							
療養を受けた被保険者	氏名	個人番号																					
	資格	一般・退職本人・退職被扶養			生年月日		年 月 日																
傷病名	年 月 日			療養期間		年 月 日から 年 月 日まで (日間)																	
発病又は負傷年月日				傷病の原因																			
療養の給付等を受けることができなかった理由				傷病の経過																			
				療養の内容																			
				交通事故等の第三者行為該当の有無		有 ・ 無																	
療養を受けた保険医療機関等	名称																						
	所在地																						
	医師名																						
療養に要した費用	円	備考																					
<p>上記のとおり別紙証拠書類を添えて申請します。 下記の金融機関の預金口座に振込みを依頼します。 年 月 日 (提出先) 川越市長</p> <p style="text-align: right;">世帯主 住 所 氏 名 個人番号 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> 電話番号</p>																							
受取口座 ※ 右記の□のいずれかに☑を入れてください。		<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する。 (利用する場合は、下記の口座情報の記入は不要です。)																					
		<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。(下記に口座情報を記入してください。)																					
振込先金融機関名		預金種目及び口座番号			預金口座名義人																		
銀行 信用金庫 農業協同組合 支店		普通 ・ 当座			フリガナ 名義人																		

受付印	
添付書類チェック欄	
受付担当者	