

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			世帯主との続柄	
羽 -	被保険者氏名	年 月 日生(歳)			
	個人番号				
傷 病 名		一 般 ・ 退 職 被 保 険 者 等 の 別	一 般 ・	退 職 本 人 退 職 被 扶 養 者	
発病又は負傷 年 月 日	年 月 日	療 養 期 間	年 月 日から 年 月 日まで (日間)		
診療、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					
療養の給付又は 特定療養費の支 給を受けることが できなかった理由	発病の原因	療養につき算定した費用の額			
	傷病の経過	費用額	円		
交通事故等の 第三者行為	有 ・ 無	療 養 内 容	一部負担金 (割)	円	
備 考	外来 ・ 入院		支給額	円	
<p>上記のとおり、別紙書類を添えて申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">〈世帯主〉 住 所： _____</p> <p style="text-align: right;">氏 名： _____ ⑤</p> <p style="text-align: right;">個人番号： _____</p> <p style="text-align: right;">電 話： _____</p> <p>羽 生 市 長 様</p>					

振 込 先 金 融 機 関	銀行 ・ 信用金庫 ・ 農協			支 店 ・ 支 所
種 別	普通 ・ 当座	口 座 番 号		
フリガナ				
口座名義人				

※振込先は世帯主名義の口座に限ります。