

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証の 記号番号	世帯主	住所			
		氏名			
		個人番号			
療養を受けた 被保険者	氏名		世帯主との 続柄		
	個人番号				
	傷病名		発病又は 負傷年月日	年 月 日	
診療、薬剤の支給又は手当てを受けた病院、 診療所、薬局その他の者の名称及び所在地並びに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					
傷病の経過 及び 療養の内容	補装具・10割・生血 柔整鍼灸・海外・移送費 その他（ ）		療養期間	年 月 日から 日間 年 月 日まで	
			発病又は 負傷の原因	第三者行為の有無 有 ・ 無	
療養に要した 費用	円	療養の給付を受けるこ とができなかった理由			
備考					
上記のとおり申請します。 刈谷市長			年 月 日		
世帯主 住所			-----		
氏名			-----		
電話（ ）			-----		
国民健康保険療養費は、次の口座に振り込んでください。					
金融機関名			銀行・信用金庫 農協・信用組合		支店
種目	普通・当座・		口座名義人 (カタカナ)		
口座番号					

処 理 欄	診療区分（入院・外来）	被保険者生年月日（ ）	受付
	福祉区分（無・乳・障・母・精）	資格区分（ ）	