

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者記号・番号		住 所			
	世帯主	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		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 ()	