

国民健康保険療養費支給申請書（一般・退本・退扶）

被保険者証 記号番号		療 養 を 受 け た 被 保 険 の 氏 名		生年月日 昭・平・令 年 月 日
個人番号				
傷病名				医 科・歯 科 装 具・調 剤 その他（ ）
①療養、薬剤の支給又は手当を受けた病院・診療所・薬局その他の名称及び所在地				
①の病院等で療養を受けた期間	年 月 日から 同 月 日まで 日間	入 院 (科) 通 院	診療の給付を受けることができなかった理由	
発病の原因 又は、負傷 年 月 日		療養に要した額		円
傷病の経過		支 給 決 定 額		円
療養の内容		以前に装具の着用 申請した年月日		平・令 年 月 日
療養費の 振込み先	農 協 支店 銀 行 出張所 信組・信金		口座名義 (カタカナ)	
			口座番号	普・当
備考				
<p>上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒 ー</p> <p>世帯主 住所 砺波市</p> <p style="text-align: center;">氏名 印</p> <p style="text-align: center;">個人番号 (TEL ー)</p> <p>砺波市長 あて</p>				

【国保税 未納 なし・あり】

【第三者行為 該当・非該当】