

様式第4(第7条関係)

国民健康保険療養費支給申請書				年 月 日
新城市長		住所 世帯主 氏名	⑧	
		個人番号		
下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。 なお、私に支給される療養費は、下記の口座へ振り込んでください。				
被保険者証番号		療養を受けた被保険者氏名	昭和・平成 年 月 日	
傷病名		個人番号		
発病負傷年月日	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		(名称)		
		(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		(氏名)		
療養の給付を受けることができなかった理由	発病の原因		療養に対し支払った額 円	
	傷病の経過			
	療養内容			
	交通事故等の第三者行為	有・無		
添付書類	レセプト・証明書・領収書・その他( )			
療養に対し支払った額	審査決定費用額	支給決定額		
円	円	円		
口座振込	振込先		預金種目	口座番号
	銀行 信用金庫 農協		普通 当座	
	口座名義人	(フリガナ)		

連絡先： ( )

資格(担当者記入欄)

種別	区分	住民コード	割合	福祉	前期
一・退	本・家				

税確認