

## 国民健康保険療養費支給申請書

(令和 年 月診療分)

【第三者行為の有無 / 有・無】

被保険者番号	999999	01	世帯主との続柄	本人	重・ひ親・子	一般			
療養を受けた被保険者氏名	国保 一郎		個人番号	1234 5678 9012					
傷病名			生年月日	昭・平・令 ●●年●●月●●日					
発病, 負傷年月日	令和 年 月 日		療養期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間					
診療, 薬剤の支給または手当を受けた病院, 診療所 薬局その他の者の名称所在地および診療または調剤 に従事した医師, 歯科医師または薬剤師の氏名			名称						
			所在地						
			氏名						
療養の給付を受けることができなかった理由	1 装具を装着したため。(入院・外来) 3 はり, きゅうの施術を受けたため。 2 あんま, マッサージの施術を受けたため。 4 その他 (その他の場合の理由)								
発病の原因	不詳	傷病の経過	治ゆ・繰越死亡・中止	療養の内容					
備考			療養に要した費用額	円					
支給方法	健康	銀行	店番号	001	種類	普通・当座	口座名義人		
		金庫 組合	第一	本店支店	7654321	口座番号	カガナ	コクホ イチロウ	氏名
窓口受取を希望する場合	1 市役所会計部	2 湯川支所	3 銭亀沢支所	4 亀田支所	5 戸井支所	6 恵山支所	7 榎法華支所	8 南茅部支所	
上記のとおり, 別紙療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。									
(宛先) 函館市長									
令和 ●●年 ●●月 ●●日									
(番地)									
世帯主 住所 函館市 東雲 町 丁目 4 番 13 号									
氏名 国保 一郎									
個人番号 1234 5678 9012									
電話 ( 0138 ) 21 - 3145									

受付	本庁	湯川	銭亀沢	亀田	戸井	恵山	榎法華	南茅部
----	----	----	-----	----	----	----	-----	-----

入力	検証
----	----