

# 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	函	世帯主との続柄		重・ひ親・子	一般
療養を受けた被保険者氏名		個人番号		生年月日	
傷病名		療養期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間		
発病, 負傷年月日	令和 年 月 日				
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	銀行 金庫 組合	店番号	種類 普通・当座	口座名義人	
	本店 支店		口座番号	フリガナ	
				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。					
令和 年 月 日					
(宛先) 函館市長					
(番地)					
世帯主 住所 函館市 町 丁目 番 号					
氏名					
個人番号					
電話 ( ) -					

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
----	----