

国民健康保険療養費支給申請書

(平・令 年 月診療分)

【第三者行為の有無 / 有・無】

被保険者 番号	函 999999	01	世帯主の 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	0123 4567 8910		退本
傷病名	平・令 年 月 日		生年月日	<input checked="" type="radio"/> 昭・平・令 ●年●月●日		退扶
発病, 負傷年月日	平・令 年 月 日		療養期間	平・令 年 月 日から 平・令 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			
振込みを希望する 場合の金融機関	健康 銀行 金庫 組合	第一 本店 支店	店番号	口座番号	普通 当座	7654321
窓口での受取り を希望する場 合の受取場所	1 市役所会計課 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 椴法華支所 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) 住所 函館市 東雲 町 丁目 4 番 13 号 世帯主 氏名 国保 一郎 個人番号 0123 4567 8910 電話 (21) 3145						

高1
高2
高3

記載不要

世帯主名義の口座

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

入力	検証
----	----