

国民健康保険療養費支給申請書

被 保 険 者 の 記 号 番 号									
療養を受けた被保険者の 資格区分		一般		未就学		高齢受給者			
療養を受けた被保険者氏名				個人番号					
				年 月 日生					
診療、薬剤の支給又は手当てを受けた病院、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									
療養の給付を受けることが できなかった理由									
傷 病 名									
傷 病 の 原 因		☐ 第三者行為(交通事故等による) ☐ その他							
発病又は負傷の年月日		年 月 日							
傷 病 の 経 過									
療 養 の 期 間		年 月 日から 年 月 日まで 日間							
療 養 内 容									
療 養 に 要 し た 額		円							
上記のとおり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。									
年 月 日									
牧之原市長									
世帯主				住 所					
				氏 名					
				個 人 番 号					
				電 話 番 号					
処 理 欄		費用額				支給額			

下記の口座へ振り込んでください。

公金受取口座		☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合は ☒ 。利用しない場合は下記の欄を記入。)					
金 融 機 関		預金種別		口座番号		口座名義人	
銀行・農協 信漁連 信用金庫 労働金庫		支 店 支 所 出張所		1 普通 2 当座		フリガナ	

市確認欄	国保資格	受診時年齢	前期高齢者	給付割合	滞納
	有・無	歳	該当・非該当	7・8	有・無