

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者等 記号・番号	井 鯖 - -	療養を受けた 被保険者氏名					世帯主 と 続 柄				
傷 病 名		生 年 月 日	年 月 日								
		個 人 番 号									
発症・負傷 年 月 日	年 月 日	療 養 期 間	年 月 日から 日間 年 月 日まで								
療養、薬剤の支給または手当てを受 けた病院、診療所、薬局その他の者 の所在地および名称											
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											
療養の給付 を受けるこ とができな かった理由		傷病の原因					療養に要した費用				
		傷病の経過					※				
第三者行為（交 通事故）による 負傷の有無（ど ちらかに○）	有 ・ 無	療養内容					支 給 額				
							※				
振 込 先	銀行 支 店 信金 支 所 農協 出張所						普通 ・ 当座				
	口座番号		フリガナ								
			口座名義								
この給付金の受領を、振込先名義人に委任します。											
		申請者（世帯主）の氏名 (印)									

鯖江市長 あて
上記のとおり、別紙証拠書類を添えて療養に要した費用の支給を申請します。
年 月 日

申請者 住 所
(世帯主) 氏 名
個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(電話番号)

受付	滞納	資格 確認	給付区分	負担割合	個人 番号	本人 確認
	有・無		一般・退本・退扶	2割・3割		