

国民健康保険療養費支給申請書（兼請求書）

被保険者証 記号番号	6 1 -	療養を受けた 被保険者名		世帯主 との 続柄	
発症名		個人番号			
発病、負傷 年月日	年 月 日	療養期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間		
診療、薬剤の支給又は手当を 受けた病院、診療所、薬局 その他の者の名称及び所在地					
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	発病の 原因	1.第三者行為（交通事故等） 2.業務上の災害（通勤災害等） 3.その他（自損事故・疾病等）	療養 に 要 し た 費 用		円
	傷病の 経過	(入院・外来) 加療中			
	療養の 内容				
備考					

上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。

年 月 日

(住所) 雲南市

世帯主

(氏名)

(個人番号)

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

(TEL)

雲 南 市 長 殿

※ この支給金は、下記指定の預金口座へ振り込み願います。

口座 振込 申出書	金融機関名	本・支店名(ゆうちょ銀行以外)	ゆうちょ店番	口座種別
	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 信連	<input type="checkbox"/> 本店・本所 <input type="checkbox"/> 支店・支所 <input type="checkbox"/> 出張所・代理店		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄 <input type="checkbox"/> その他
	口座番号	フリガナ 名義人		