

費 用 額	円	円
支 給 額	円	円

確認	入力	

国民健康保険療養費支給申請書

補 装 具 ・ 小児用眼鏡 ・ 海 外
1 0 割 ・ 逆 返 ・ 差 額

被保険者の記号・番号		療養を受けた		氏 名	
傷 病 名		被保険者		生年月日	
				個人番号	
発病・負傷 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・薬剤又は手当に従事した 医師・歯科医師・薬剤師 その他の者の氏名					
療養費の支給申請をした理由 〔 保険適用で治療等が受けられ なかった具体的理由 〕					
※海外で治療を受けた方のみご記入ください。		治療を受けた国		通貨単位	
発病又は負傷の原因		交通事故等の第三者行為 有 ・ 無		療 養 に 要 し た 費 用 円	
振 込 先 金融機関				口座番号	
金融機関コード		支店コード		右詰に記入してください	
支給額は上記口座に振り込んでください。		フリガナ 口座名義人			
記入後、金融機関名・支店名・口座番号・口座名義人について、再度の確認をお願いします。					
委任状 注） 世帯主名義以外の口座に振り込む 場合のみ記入してください。		口座名義人を代理人と定め、受領に関する権限を委任します。 住所 世帯主 氏名			
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いたします。 富 田 林 市 長 様 住 所 世帯主 個人番号 氏 名 電 話					

太
枠
内
を
ご
記
入
く
だ
さ
い
。

(注意)

※ 老人保健法の医療受給者証をお持ちの方は、この用紙では申請できません。

※ 医療証をお持ちの方は、別途申請が必要になることがあります。

※ 所用事項は漏れなく記入し、記入漏れのないようにしてください。記載事項を訂正した場合には、必ず訂正印を押してください。

※ 保険適用で治療等ができなかった理由、（「法定伝染病」「生血購入」「補装具」の各費用の請求を除く。）他はその理由を詳しく具体的に記入してください。