

様式第 10 号（第 21 条関係）

一 般	退 本	退 扶

決定額						
一部負担額						
支給額						
公費負担	福		障			

支給申請書受理番号：

国民健康保険療養費支給申請書																(一般・歯科・薬剤・マッサージ 生血・補装具・はり・きゅう)			
(世帯主) 申請者		住所 氏 名		(連絡先) 電 話															
被 保 険 者 記号・番号										療養を受けた 被保険者氏名									
個人番号																			
傷 病 名										生年月日		年 月 日							
発病負傷 年 月 日		年 月 日																	
療養期間 (調剤・施術)		年 月 日から 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				病院・医院・診療所															
療養費の支給申請をした理由 <療養の給付等が受けられ なかった具体的な理由>												診療調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							
発 病 又 は 負 傷 の 原 因				第 三 有 ・ 無								療 養 に 要 し た 費 用							
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 下記口座にお振り込み下さい。										百万	十万	万	千	百	十	円			
振込先金融機関		□公金受取口座を利用します。(公金受取口座を利用する場合は以下の口座情報の記入は不要です。)																	
		フリガナ																	
		口座名義人																	
		銀行コード								支店コード									
										銀 行 金 庫 信用組合 協同組合		支 店							
		口 座 番 号								口 座 種 別		普通・当座							
(世帯主と預金名義人が違う場合は、この欄に署名捺印してください。)																			
上記名義人口座への振込を了承します。																世帯主氏名		印	
四万十市長 様																			