

一 般	退 本	退 扶

記載例

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		四万十市中村大橋通4丁目10番地																		
	氏名		国保 太郎 (連絡先) 電話 088-34-1114																		
被保険者 記号・番号		0000000000										療養を受けた 被保険者氏名		国保 花子							
個人番号		0000 0000 0000																			
傷病名												生年月日		平成2年3月1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														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。												百万	十万	万	千	百	十	円			
令和6年12月2日 下記口座にお振り込み下さい。																					
□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		コ	ク	ホ		タ	ロ	ウ													
口座名義人		国保 太郎																			
振込先金融機関	銀行コード								支店コード												
	四 国								銀 行 金 庫 信用組合 協同組合		中 村						支 店				
	口座番号		1	1	1	1	1	1	1	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																					