

国民健康保険療養費支給申請書

被 保 険 者	記 号				番 号										
療 養 を 受 け た 被 保 険 者	氏 名				個 人 番 号										
	生 年 月 日	年 月 日													
傷 病 名					療 養 期 間	年 月 日から 年 月 日まで (日間)									
発 病 又 は 負 傷 年 月 日	年 月 日					傷 病 の 原 因									
療 養 の 給 付 等 を 受 け る こ と が で き な か っ た 理 由					傷 病 の 経 過										
					療 養 の 内 容										
交 通 事 故 等 の 第 三 者 行 為 該 当 の 有 無					有 ・ 無										
療 養 を 受 け た 保 険 医 療 機 関 等	名 称														
	所 在 地														
	医 師 等 の 氏 名														
療 養 に 要 し た 費 用		円		備 考											
上記のとおり証拠書類を添えて申請します。 次の受取口座に振込みを依頼します。 年 月 日 (提出先) 川越市長 世帯主 住 所 氏 名 個人番号 電話番号															
※ 受 取 口 座 右記の□のいずれかに レ印を記入してください。		☐ 公金受取口座を利用する。 (公金受取口座を利用する場合は、下記の口座情報の記入は、不要です。)													
		☐ 振込先口座を指定する。 (下記に振込先口座の情報を記入してください。)													
振 込 先 金 融 機 関 名		種 目 及 び 口 座 番 号			口 座 名 義 人										
銀 行 信 用 金 庫 農 業 協 同 組 合		普 通 ・ 当 座			フリガナ 氏 名										
支 店															

受付印

添付書類チェック欄

受付担当者