

決定点数	費用額	支給決定額

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証の 記号番号	わこう	療養を受けた 被保険者氏名		世帯主との 続柄
----------------	-----	------------------	--	-------------

生年月日	年 月 日	個人番号	
------	-------	------	--

傷病名		一般・退職被 保険者等の別	一般・退 本人 退 被扶養者
-----	--	------------------	-------------------

発病又は負傷 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	
--	--

診察若しくは調剤に従事した医 師、歯科医師又は薬剤師の氏名	
----------------------------------	--

療養の給付又 は特定療養費 の支給を受け ることができ なかった理由	発病の原因	交通事故等第三者行為の 有 ・ 無
	傷病の経緯	療養につき算定した費用の 額 円
	療養内容	

備 考	
-----	--

上記のとおり関係書類を添えて申請します。

年 月 日

和光市長 様

〒

世帯主 住所 和光市

氏名

個人番号

電話番号

口 座 振 込	銀行 支店	
	普通・当座	口座番号
	フリガナ	
	預金名義	