様式第２１号(第１８条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | 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  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 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | **□　公金受取口座を利用する（利用する者は以下の口座情報の記入不要）**  ※公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。  ※申請時に公金受取口座を選択した方で、申請後に公金受取口座情報を変更・抹消した場合は、登録した  情報等の反映に数日程度要するため、変更前の口座へ支給される場合があります。また、情報連携によ  り公金受取口座情報を取得できなかった場合や、振込不能となった場合は、確認のため連絡をすること  があります。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **□　振込口座を指定する** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 銀行　　　　　　　　　　　　 　支店 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 普通　・　当座 | | | | 口座番号 | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 預金名義 | | | |  | | | | | | | | | | | | |