

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 1234567	療養を受けた 被保険者氏名	和光 さつき	世帯主との 続柄	子
生年月日	平成●年●月●日	個人番号	1234 5678 9123		
傷病名	風邪				
発病又は負傷 年月日	令和●年●月●日	療養期間	令和●年●月●日から 令和●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	和光市●●1-2-3 ●●病院				
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	●●医師				
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	・10割負担 ・補装具 ・弾性着衣 ・治療用眼鏡	発病の原因	交通事故等第三者行為の 有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無		
		傷病の経緯	療養につき算定した費用の 額		
		療養内容	円		
備考	入院 備考欄へ「入院」分か「通院」分を記入				
上記のとおり関係書類を添えて申請します。 令和 ●年 ●月 ●日 和光市長 様 〒 351-1111 世帯主 住所 和光市●●1-1-1 氏名 和光 たろう 個人番号 1234 5678 9999 電話番号 048-464-●●●●					
口座 振込	<input type="checkbox"/> 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。				
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する こちらを選択の場合は、以下に口座内容を記入				
	銀行		支店		
	普通 ・ 当座	口座番号			
フリガナ					
預金名義					

いずれかを記入

どちらかを選択