

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			
	療養内容	円			

備 考	
<p>上記のとおり関係書類を添えて申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>和光市長 様 干</p> <p style="text-align: right;">世帯主 住所 和光市 氏名 個人番号 電話番号</p>	

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） <small>※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。</small>	
	<input type="checkbox"/> 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	