

		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 20▲▲▲▲▲	療養を受けた 被保険者氏名	和光 花子	世帯主との 続柄	妻
生年月日	昭和 △年 △月 △日	個人番号	12345000XXXX		
傷病名	000	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	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	00病院 和光市00000 XX-X				
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	00 00				
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	装具 ※「不当利得」 や「10割負担」 「装具」等記入 してください。	発病の原因	00	交通事故等第三者行為の 有	無
		傷病の経緯	000000	療養につき算定した費用の 額	000円
		療養内容	000000		
備 考	通院				
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 〒 351-0192 世帯主 住所 和光市広沢1-5 氏名 和光 太郎 個人番号 67891XXXX●●●●● 電話番号 090-0000-0000					
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 checked="" type="checkbox"/> 振込口座を指定する				
	0000 銀行		XXX	支店	
	普通 ・ 当座	口座番号 000000			
	フリガナ	ワコウ タロウ			
預金名義	和光 太郎				