

		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 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 干 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						