国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証記号番号	０５－	療養を受けた被保険者の氏名生年月日	---------- 年　月　日生
傷病名		個人番号	

発病負傷年月日	年　月　日	療養期間	年　月　日～　年　月　日 まで　日間

療養を受けた病院、診療所、薬局の名称及び所在地	
療養に従事した医師･歯科医師等の氏名	
発病又は負傷の理由	１：私傷病（疾病・自損事故等）　２：第三者行為（交通事故等）

療養の給付を受ける事ができなかった理由		発病の原因		療養に要した費用	円
		発病の経過			
		療養の内容		支給決定金額	※記入の必要はありません 円

上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。

年　月　日

住　所

世帯主　氏　名

大田市長　様

個人番号

支払金振込口座	この支払金は下記指定の預金口座へ振り込み願います。 （銀行／信用金庫／農協）　（本店／支店／支所）　（代理店／出張所） （普通預金／当座預金）口座番号　（フリガナ）口座名義人