

決 裁	課長	課長補佐	係長	係	区分		福祉医療		受付印
					一般 退本 退扶	乳児 65-69 前期高齢	有 無	子・障 母・精	

国 民 健 康 保 険 療 養 費 支 給 申 請 書

被 保 険 者 証 記 号 番 号	—	療養を受けた 被 保 険 者 氏 名		個 人 番 号	
傷 病 名		生 年 月 日		世 帯 主 との続柄	
発 病 ・ 負 傷 年 月 日	年 月 日				
療 養 期 間	年 月 日から 年 月 日 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					
診療又は調剤に従事した医師 歯科医師、又は薬剤師の氏名					
療養の給付等を受けることが できなかった理由					
療 養 の 内 容					
傷 病 の 経 過					
発 病 の 原 因	(第 三 者 行 為 : 有 ・ 無)				
療 養 に 要 し た 費 用					
上記のとおり療養に要した費用について別紙証拠書類を添えて申請します。 年 月 日 世 帯 主 住所 氏名 (個 人 番 号 :) (電 話 -) 届 出 人 (宛 先) 小 牧 市 長 氏名					
支給額については、下記口座名義人に受領委任します。 委 任 者 (世 帯 主)					
登録口座			新規振込口座		
(振込先金融機関) 金融機関名 支店名			(振込先金融機関) 金融機関名 支店名		
(預金種目) 普 通 ・ 当 座	(口座番号)		(預金種目) 普 通 ・ 当 座	(口座番号)	
(名義人) フリガナ			(名義人) フリガナ		
国 民 健 康 保 険 療 養 費 支 給 決 定 伺 上記の療養費支給申請書を確認したところ適当と認められるので下記のとおり決定してよろしいか。					納付確認
支 給 決 定 額	円 × $\frac{0.7}{0.89}$ = 円				