決裁	課長	課長補佐	係長	係	区分		福祉
					一般退本退扶	乳児65-69前期高齢	有無

記入例

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	小牧 花子	個人番号	
傷病名	別添のとおり	生年月日	○○.○○.○○	世帯主との続柄	妻

発病・負傷年月日	
療養期間	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	別添の
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	別添の
療養の給付等を受けることができなかった理由	装具の製作を業者に依頼したため
療養の内容	装具による療養
傷病の経過	装具装着の上経過観察
発病の原因	(第三者行為:有・無)
療養に要した費用	

【提出書類】

- 申請書
- 領収書および領収内訳書
- 医師の証明書又は指示書

※振込先口座名義人が世帯主でない場合は、世帯主の身分証明書(免許証等)の写しが必要です。

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 小牧市堀の内○丁目○番地 氏名 小牧 太郎 (個人番号:) (電話 ○○-○○○○)
届出人 (宛先) 小牧市長	氏名 小牧 花子

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 小牧 太郎
(世帯主)

口座名義人が世帯主でない場合のみ、世帯主が署名してください。

(振込先金融機関) 金融機関名	新規振込口座 (振込先金融機関) 金融機関名 ○○銀行 支店名 ○○支店
(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 コマキ ハナコ 小牧 花子

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。

支給決定額	円 × 0.7 / 0.8 / 0.9 = 円	納付確認
-------	-------------------------	------