

お振込み希望の口座をご記入ください。

振込先口座番号	金融機関名	銀行 静岡信用金庫 袋井支店 農協
	口座番号	普通 No. 0001234
	フリガナ	フクロイ タロウ
	預金人名義人	袋井 太郎

受付番号	
------	--

の箇所をご記入・押印ください。

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証の記号番号		療養を受けた被保険者氏名		世帯主との続柄		
傷病名		生年月日	昭・平・令 年 月 日	個人番号		
発病、負傷年月日		療養期間	年 月 日 から 年 月 日まで			
第三者行為の有無	有 ・ 無	療養を受けた方のマイナンバーをご記入ください。				
診療、薬剤の名称及び診療又は調剤科医師	療養を受けた理由が、交通事故などの相手方がいる行為が原因であれば有に○を、そうでなければ無に○を付けてください。		世帯主から見た療養を受けた方との関係をご記入ください。			
療養けるなか	静岡県国民健康保険被保険者証	発病の原因		療養に要した費用		
	記号番号	傷病の経過				
	フリガナ	療養の内容				円
備	世帯主氏名	市役所記入	市負担割合	7割・8割		
	適用開始年月日	一部負担金			円	
	交付年月日	支給決定額			円	
	保険者番号 220160					
	交付者名 袋井市					

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

世帯主 住所 静岡県袋井市

氏名 世帯主名

世帯主のマイナンバーをご記入ください。 個人番号

袋井市長様 電話 ()