

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	静岡銀行 袋井支店
	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		
発病、負傷年月日		個人番号			
第三者行為の有無	有・無	療養期間	年 月 日から 月 日まで		
診療、薬剤の名称及び診療又は調剤医師又は薬剤師の名称	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。				
療養を受けるなか	有効期限内の保険証や資格情報のお知らせ、資格確認書に記載された被保険者記号番号をご記入ください。				
備	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。				
発病の原因		傷病の経過		療養に要した費用	
療養の内容				円	
市役所記入		市負担割合		7割・8割	
		一部負担金		円	
		支給決定額		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					
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 ()					