振込先口座番号		
	金融機関名	銀行 本店営業部 信用金庫 農協 支店
	口座番号	普・当 No.
	フリガナ 預金名義人	

受付番号	

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 生年月日 個人番号		世帯主との続柄	
傷病名					
発病、負傷年月日		療養期間	日間		
第三者行為の有無	有・無				
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、又は薬剤師の名称					

療養の給付を受けることができなかった理由		発病の原因		療養に要した費用	円
		傷病の経過			
		療養の内容			

備考		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

氏名

個人番号

袋井市長様　電話