

記 載 例

様式第5 (第6条関係)

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者記号・番号		1 2 3 4 5 6			
療養を受けた被保険者 (生年月日) (個人番号)	岩倉 太郎 (昭和〇〇年〇〇月〇〇日) (〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇)			世帯主との続柄	本人
				一般・退職被保険者の別	
療 養 期 間	年 月 日から			傷病名	
	同月	日まで	日間	発病負傷年月日	年 月 日
療 養 を 受 け た 医 療 機 関 等	名 称	別添のとおり			
	所在地	〇〇病院			
療養に従事した医師等の氏名					
発 病 の 原 因		<input type="checkbox"/> 第三者行為(交通事故等) <input checked="" type="checkbox"/> その他(自損事故, 疾病等)			
傷 病 の 経 過		<div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; width: fit-content;"> 世帯主名義の口座を記入してください。世帯主以外の口座に振り込む場合は、世帯主からの委任状が必要となります。 </div>			
療 養 内 容					
療養の給付を受けることができなかった理由					
療養期間中に支払った一部負担金の額			円		
口座振込	(金融機関名)	(支店名)	口座名義人	(フリガナ)	
	〇〇銀行	〇〇支店		イワクラ タロウ	岩倉 太郎
	(預金種別)	(口座番号)			
	普通	0 1 2 3 4 5 6			
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。					
令和〇年 〇月 〇日		世帯主 住 所	岩倉市栄町一丁目66番地		
		氏 名	岩倉 太郎		
		個人番号	〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇		
岩倉市長 殿		電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
処 理 欄					
福祉医療	滞納	療養に要した費用	審査決定費用額	支給決定額	担当者確認
・有 { 済 ・無 { 未済	有・無	円	円	円	