

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	年 月 日生（ 歳）		世帯主との続柄
		個人番号			
傷 病 名					
発病又は負傷 年 月 日	年 月 日	療 養 期 間	年 月 日から 年 月 日まで ( 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					
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					
療養の給付又は 特定療養費の支 給を受けることが できなかった理由		発 病 の 原 因		療養につき算定した費用の額	
		傷 病 の 経 過		費用額	円
交通事故等の 第 三 者 行 為	有 ・ 無	療 養 内 容		一部負担金 ( 割)	円
備 考	外来 ・ 入院			支給額	円
上記のとおり、別紙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 : _____ 電 話 : _____ - _____  (宛先) 羽 生 市 長					

振 込 先 金 融 機 関	銀行 ・ 信用金庫 ・ 農協			支店 ・ 支所	
種 別	普通 ・ 当座	口 座 番 号			
フリガナ					
口座名義人					

※振込先は世帯主名義の口座に限ります。

