

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)		
		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。

