

法 別 (該当に○をする)	国 保				退 職					区分	組合国保 給付割合 () 割
	一般	未就学	前期7割	前期8割	本人	家族	未就学	前期7割	前期8割	入院	
	25	25-5	25-7	25-8	67-3	67-4	67-5	67-7	67-8		
国民健康保険療養費支給申請書											
被保険者証 の記号番号	千曲				療養を受 けた被保 険者氏名	(昭・平・令 年 月 日生)					男・ 女
傷 病 名					個人番号						
発病、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	名称 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 を受けるこ とができな かった理由	発病の 原 因			傷病の 経 過			療 養 内 容			療 養 に 要 し た 費 用	円
備 考											
上記のとおり申請します。											
年 月 日 申請者(世帯主) 住 所 氏 名 個人番号 (宛先) 千曲市長 電話											
口座振込 金融機関	銀行 農協 金庫 組合				支店 支所	フリガナ 口座名義人氏名					
						口 座 番 号			普通・当座		
※ 支給される費用の額の受給は下記の受任者に委任します 申請者氏名 受任者(口座名義人)氏名 住所											(印)

確 認 免 番 経 パ
収 納
福祉医療
受 付

注 1 申請者と口座名義人が異なる場合は、※欄を記入してください。
 2 備考欄は施術等が3ヶ月を経過し、さらに施術を受ける場合同意した医師の住所、氏名、同意年月日、病名、要加療期間(指示がある場合)を記入願います。ただし、同意書がある場合はその必要はありません。