

法 別 (該当に○をする)	国 保				退 職					区分	組 合 国 保
	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	給付割合
	25	25—5	25—7	25—8	67—3	67—4	67—5	67—7	67—8		() 割
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	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				発 症 又 は 負 傷 の 原 因	1 : 第三者行為(交通事故等) 2 : 業務上の災害(通勤災害等) 3 : その他(自損事故・疾病等)					
					傷 病 の 経 過					費 用 療 養 に 要 し た	円
					療 養 の 内 容						
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 (宛先)千曲市長 個人番号 電 話											
口座振込 金融機関	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する (利用する者は口座情報の記入不要) 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出が不要になります。										
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する										
	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 (印) 受任者(口座名義人)氏名 住所										

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。