様式第5号

 

国民健康保険療養費支給申請書

一般・歯科・薬剤・補装具・柔整

( あんま・マッサージ・はり・きゅう )

看護・移送・その他・生血

*申請者*

*（世帯主）*

住　所

氏　名

（連絡先）電話

被保険者

個人番号

*療養を受けた 被保険者氏名*

記号・番号

世帯番号

傷 病 名

生年月日

　　　年　　　　月　　　日

*発病負傷*

*年 月 日*

性 別

　　　年　　　　月　　　日 から　　 　月　　　　日まで　　　　日間

*療養期間*

（調剤・施術）

診療薬剤の支給又は手当を受けた病院・診療所・薬局其の他の者の名称及び所在地

口　座

種　別

１ ・ ２

普通 ・ 当座

土佐清水市長

*（世帯主と預金名義人が違う場合は、この欄に署名捺印してください。）*

*上記名義人口座への振込を了承します。 世帯主氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印*

*支店*

銀 行

*信用金庫*

 *信用組合*

 *協同組合*

振込先金融機関

支店コード

銀行コード

*フ リ ガ ナ*

口座名義人

百万 　 十万　 万 　 千　 百 　 十 　 円

療 養 に 要 し た 費 用

発 病 又 は 負 傷 の 原 因

*診療 調剤又 は 手当に 従事した*

*医師 、歯科 医 師、薬 剤師 その他の者の氏名*

*病院・医院・診療所*

療養費の支給申請をした理由

＜被保険者証で治療等が受けられなかった具体的な理由＞

*上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。*

*年　　月　　日　　下記口座にお振り込み下さい。*

振込先

（右詰前0）

口 座 番 号