

支給区分	
------	--

国民健康保険療養費支給申請書

印

被保険者証の 記号番号		療養を受けた 被保険者氏名 及び生年月日	年 月 日			
区 分		個人番号				
傷 病 名		療 養 期 間	令和 年 月 日から	入 院 外 院	年 月 日まで	
発病、負傷 年 月 日	年 月 日				日	
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		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	<ul style="list-style-type: none"> ・補装具のため給付外請求 ・海外での診療のため ・その他（以下のとおり） 	発病の原因		療 養 に 要 し た 費 用	費用額	_____円
		傷病の経過			支給額	_____円
		療養内容	補装具		一部負担金	_____円
					(内	_____円)
備 考	第三者行為の有無 有 ・ 無					

上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。
療養費の受領方法については下記の口座へ振込みしてください。

令和 年 月 日

沼田市長 様

世帯主 住所 沼田市

氏 名 _____ 印

個人番号 _____

電 話 (_____) _____

(振込先)
代理人 氏 名 _____

銀行 信金 信組 農協	本店	預金 種別	普通・当座・貯蓄	名 義 人	カナ	
	支店 本所 支所	口座 番号			漢 字	

※ 世帯主以外の方の口座へ振込み希望の際は、(振込先)代理人氏名欄に口座名義人の氏名を記入してください。