

# 国民健康保険療養費支給申請書

【 区分：治療用装具・特別・診療・その他（                      ） 】

被保険者証の記号番号		きー			
療養対象者	氏 名	男 ・ 女			
	生 年 月 日	年                      月                      日			
	個 人 番 号				
傷 病 名			発病、負傷年月日		
療養を受けた病院・ 診療所・薬局等	所在地				
	名 称				
診療又は調剤に従事した医師・ 歯科医師・薬剤師の氏名					
療養期間	年                      月                      日から	療養に要 した費用		円	
	年                      月                      日まで                      日間				
発病、負傷の原因及び経過					
療養の給付を受けることができなかった理由			交通事故等の 第三者行為	有                      ・                      無	

<input checked="" type="checkbox"/> 入院                      ・                      外来
---

治療用装具の申請歴あり

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いたします。

年                      月                      日

(宛先) 桐 生 市 長

世 帯 主 住 所 桐 生 市

氏 名

個人番号

電話番号

下記の口座に振り込んでください。

振込先	銀行・金庫 組合・農協		本店・支店	
	口座番号	普 当	フリガナ 名義人	

決 定 額	給 付 割 合	支 給 決 定 額
円	一般・一般・退本・退家・前高・前高・前高 7 ・ 8 ・ 7 ・ 7 ・ 7 ・ 8 ・ 9	円

受付者	
-----	--