

国民健康保険療養費支給申請書		
被保険者の記号・番号	幸 -	
療養を受けた被保険者氏名 生年月日・世帯主との続柄	昭・平・令 年 月 日生（続柄 ）	
被保険者の個人番号	
傷 病 名		
発病又は負傷年月日	年 月 日	
療 養 期 間	年 月 日～ 年 月 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 住所	
診療又は調剤に従事した医師又は薬剤師の氏名		
療養の給付又は特定療養費の支給を受けることができなかった理由 (発病の原因・経過・内容)		
療養につき算定した費用額		
備 考		
振 込 先	金融機関・支店名	銀行・信用金庫・農協（ 支店）
	口 座 番 号	普通・当座 左づめ
	名義人（世帯主のもの）	ワガナ.....
<p>上記のとおり別紙証拠書類を添え申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>（あて先）幸手市長</p> <p style="text-align: right;">世帯主 住 所 幸手市</p> <p style="text-align: right;">氏 名</p> <p style="text-align: right;">個人番号（ ）</p> <p style="text-align: right;">電話番号 （ ）</p>		

様式第15号（第14条関係）

国民健康保険療養費支給申請書	
被保険者の記号・番号	幸 - 456789
療養を受けた被保険者氏名	幸手 太郎
生年月日・世帯主との続柄	(昭)・平・令 28 年 1 月 1 日生 (続柄 本人)
被保険者の個人番号	
傷病名	しせつとの通り
発病又は負傷年月日	年 月 日
療養期間	年 月 日～ 年 月 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 しせつとの通り
	住所
診療又は調剤に従事した医師又は薬剤師の氏名	しせつとの通り
療養の給付又は特定療養費の支給を受けることができなかった理由 (発病の原因・経過・内容)	喪失後受診
療養につき算定した費用額	
備考	
振込先	金融機関・支店名 ○○ (銀行) 信用金庫・農協 (○○ 支店)
	口座番号 (普通) 当座 1 2 3 4 5 6 7 左づめ
	名義人 (世帯主のもの) フリガナ サツテ タロウ 幸手 太郎
上記のとおり別紙証拠書類を添え申請します。	
令和○○年 ○月 ○日	
(あて先) 幸手市長	
世帯主	住所 幸手市東4-6-8
氏名	幸手 太郎
個人番号()	
電話番号	0480 (43) 1111