

様式第15号(第18条関係)

法 別 (該当に○をする)	国 保		退 職	区分	国保
	一般(7割・8割)	前期一般(8割・9割)	前期現役並(7割)	本人 家族(7割・8割)	外 入
国民健康保険療養費支給申請書					
被保険者証 の記号番号			療養を 受けた 被保険者 氏名	男 女 (昭・平・令 年 月 日)	
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	
発病、負傷 の 原 因	1 : 第三者行為(交通事故等)		2 : その他(疾病・自損事故)		
診療、薬剤の支給又は手当てを 受けた病院、診療所、薬局の他の者の 名称及び所在地			別 紙 の と お り		
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			別 紙 の と お り		
療養の給付 を受けること ができな かった理由	装具による療養のため		発病の 原 因	療 養 に 要 し た 費 用 (円)	円 円
	保険証を提示できなかったため		傷病の 経 過		
	海外での療養のため		療養の 内 容		
	その他()				
備 考					
上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書を添えて申請します。					
令和 年 月 日 【申請者(世帯主)】					
郵便番号 (-) 住 所 塩尻市 _____					
氏 名 _____					
個人番号 _____					
電話番号 _____					
口座振込 金融機関	銀 行 信用組合 信用金庫 農 協	本店	フリガナ		
		本所 支店 支所 出張所			
		口座名義人			
口座種類	普通 ・ 当座		口座番号		
委任状	国民健康保険療養費の受領について、 上記の口座名義人に委任いたします。		(世帯主名)	印	