

給付割合 ( ) 割

国民健康保険療養費支給申請書				
被保険者 記号・番号		療養を受けた 被保険者氏名 (年月日生)		男女
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	
発症又は負傷の理由	1:第三者行為(交通事故等) 2:業務上の災害(通勤災害等) 3:その他(自損事故・疾病等)			
診療、薬剤の支給又は手当てを受けた病院、 診療所、薬局その他の者の名称及び所在地				
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 かつた理由	装具による療養のため	発病の原因	傷病の経過	疗養に要した費用 ( ) 円
	資格確認証等を提示できなか ったため			
	海外での療養のため			
	その他( )	療養の内容		
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類を添えて申請します。				
年月日 (あて先) 塩尻市長				
申請者(世帯主) 住所 氏名 電話 個人番号				
振込先 金融機関	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する(利用する場合は口座情報の記入不要)			
	公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出も不要になります。			
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する			
	銀行 信用組合 信用金庫 農協	本店 支店 支所 出張所	口座の種別 口座番号 フリガナ 口座名義人	1普通 2当座 3その他( )
委任状	(申請者と口座名義人が相違する場合は、下記に署名又は記名押印してください。 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。			
	申請者(世帯主) 氏名	印		