

# 国民健康保険療養費支給申請書

- 一般     退職本人     退職扶養     未就学児     前期高齢(65～69才)  
 70歳以上 1割     70歳以上 2割     70歳以上 3割

被保険者証番号	療養を受けた被保険者の氏名	性別	生年月日	世帯主との続柄
	----- 個人番号	男・女	昭平 年 月 日	
傷病名		療養期間	平・令 年 月 日から	
発病・負傷年月日	平・令 年 月 日		平・令 年 月 日まで	日間
診療を受けた病院、診療所、薬局の名称及び所在地	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	発病の原因	療養費用に要し	円	
	傷病の結果			
	療養内容			
備考	入院 外来 歯科 調剤 交通事故			
上記のとおり療養に要した費用に関する別紙領収書等を添えて申請します。  令和 年 月 日  むつ市長 様  住 所 むつ市 _____  世帯主 氏 名 _____ 電 話 (     ) _____  個人番号 _____				
振込先	銀行・信用金庫・信用組合		本店・支店・営業部	
	普通・当座	口座番号		
	(ふりがな)			
	口座名義人			

※届出人が世帯主又は、世帯員以外の場合は、住所・氏名・電話番号・世帯主との続柄を裏面に記入してください。