

# 国民健康保険療養費支給申請書

令和 年 月 日

石巻市長 殿

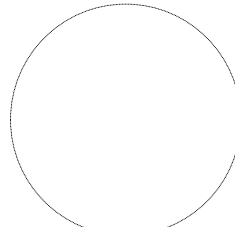
申請者 (世帯主) 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_  
個人番号 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_

国民健康保険法施行規則第27条第1項の規定により、  
療養費の支給を別紙証拠書類を添えて下記のとおり申請します

被保険者証の記号番号	み石 A		
療養を受けた被保険者	氏名	個人番号	世帯主との続柄
傷病名		発病又は負傷の年月日	年 月 日
診療、薬剤の支給又は手当の内容			
療養期間	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間		
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		
	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			
療養の給付の支給を受けることが出来なかった理由			
傷病の原因			
傷病の経過			
療養につき算定した費用の額	円		

振込希望の銀行名	銀行	支店・本店	口座の種類	普通預金・当座預金
口座番号	フリガナ			
	口座名義人			

支給決定額	円
-------	---



受付判

受付者	番号確認者