

国民健康保険療養費支給申請書

療養を受けた被 保 険 者	記 号	戸 田	番 号					世帯主との続柄			
	氏 名										
	生 年 月 日		年		月		日				
個 人 番 号											
傷 病 名				発病又は負傷年月日			年 月 日				
傷 病 の 原 因	1 第三者行為(交通事故等) 2 業務上の災害 3 その他(自損事故・疾病等)										
傷 病 の 経 過				療 養 内 容							
療 養 期 間	年 月 日		から		年 月 日		療養に要した 費 用 の 額		円		
医 療 機 関 等 所 在 地							1 入院 2 外来				
医 療 機 関 等 名 称						医 師 等 氏 名					
療 養 費 及 び 特 別 療 養 費 の 支 給 を 申 請 し た 理 由	1 医師の指示による装具の購入をしたため 2 医療費等を全額支払ったため 3 健康保険組合等に医療費等を返還したため 4 海外の医療機関等で診療を受けたため 5 その他()										
振 込 先 (世 帯 主)	金 融 機 関 名					銀 行		信 用 金 庫			
						信 用 組 合		協 同 組 合			
	店 名					本 店		支 店 (店番)			
						出 張 所					
	口 座 種 別	普通 ・ 当 座 ・ 貯 蓄									
	口 座 番 号										
フリガナ											
口 座 名 義											

上記のとおり、別紙証拠書類を添えて申請します。

年 月 日

(宛先)
戸田市長

世帯主 住 所

氏 名

個人番号

電話番号

記入例

※個人番号は空欄でも申請可能です。記入する場合は、マイナンバーカード又は通知カード(個人番号の記載がある住民票) + 顔写真付きの公的身分証の写しの添付が必要です。

第15号様式(第20条関係)

国民健康保険療養費支給申請書

療養を受けた被 保 険 者	記 号	戸 田	番 号	(6桁)			世帯主との続柄	本人 など	
	氏 名	戸 田 真 一							
	生 年 月 日	年 月 日							
個 人 番 号									
傷 病 名	該当するものに をつけてください			発症又は負傷年月日	年 月 日				
傷 病 の 原 因	1 第三者行為(交通事故等) 2 業務上の災害 3 その他(自損事故・疾病等)								
傷 病 の 経 過				療 養 内 容					
療 養 期 間	年 月 日から 年 月 日まで			療養に要した 費用の		該当するものに をつけてください			
医 療 機 関 等 所 在 地							1 入院 2 外来		
医 療 機 関 等 名 称	該当するものに をつけてください							師等氏名	
療 養 費 及 び 特 別 療 養 費 の 支 給 を 申 請 し た 理 由	① 医師の指示による装具の購入をしたため ② 医療費等を全額支払ったため ③ 健康保険組合等に医療費等を返還したため ④ 海外の医療機関等で診療を受けたため ⑤ その他()								
振 込 先 (世 帯 主)	金 融 機 関 名	銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合							
	店 名	本 店 支 店 (店番 000) 出張所							
	口 座 種 別	普通 ・ 当 座 ・ 貯 蓄							
	口 座 番 号	1	2	3	4	5	6	7	
	フリガナ	トダ シンイチ							
	口 座 名 義	戸 田 真 一							

上記のとおり、別紙証拠書類を添えて申請します。

年 月 日

(宛先)
戸田市長

世帯主 住 所 戸田市上戸田1丁目18番1号

氏 名 戸田 真一

個人番号

電話番号 048-123-4567