



支給 伺	支給決定額	課長	課長補佐	係長	係員
	円				

国民健康保険療養費支給申請書

(宛名No.)

被保険者証 記号・番号	小千谷					療養を受けた 被保険者氏名	小千谷 花子					一般 退職 (本人・扶 養)
	0 0 0 1 2 3 4 5					生年月日	昭和 38 年 3 月 8 日 (60 歳)					
						個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3					

診療、薬剤の支給又は手当を受けた医 療機関の名称及び所在地	交通事故など、他者の行 為が原因か○をつける	※第三者行為 (交通事故等)	有 無
診療又は診剤に従事した医師、 歯科医師又は薬剤師の氏名			

療養給付 を受けら れなかつ た理由	治療用装具のため	傷病名	発病(負傷) 年月日	年月日	傷病の 経過	
療養 期間	年月日から 年月日まで 日間	療養 内容			療養に要し た費用	円

どちらかに☑をしてください。

 公金受取口座を利用する。(世帯主の口座に限ります。振込先の記載は不要です。) 振込先を指定する。(下記に記載ください。)

療養費の 振込金融機 関	銀行 農協 口座番号 普通 当座	5 6 7 8 9 1 0	
	小千谷 信用組合 小千谷 本店	(7)がナ	オキヤ タロウ
	労働金庫 信用金庫 支店 支所	名義人	小千谷 太郎

備考	3・2・1 割負担	科	款	項	目	事業	節	細節	細々節	伝票No.	検算者
		目	2	1	3	01	18	1	1		印

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

令和 Δ年 ΔΔ月 ΔΔ日

世帯主 〒 947-0000

住所 小千谷市 城内2丁目7番5号

氏名 小千谷 太郎

個人番号 987654321012

Tel. 83-3516

小千谷市長 あて