

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証 記号番号	水俣国保	療養を受けた者 の氏名	
個人番号		生年月日	年 月 日
傷病名	別紙のとおり	発病・負傷 年月日	年 月 日
傷病の原因	第三者行為（有・無）	傷病の経過	
療養を受けた医療機 関等の名称・所在 地・医師等の氏名	別紙のとおり		
療養期間	年 月 日から 年 月 日まで (日間)		
療養の内容		療養に要した費用	
療養の給付等を受 けることが できなかった理由	<input type="checkbox"/> 装具装着のため <input type="checkbox"/> 保険証不携帯のため <input type="checkbox"/> 保険取扱機関外のため <input type="checkbox"/> その他（ ）		
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する者は口座情報の記入不要）			
振込先	銀行 金庫 信組 農協 漁協	本店 支店 本所 支所 出張所	口座名義人 (カタカナ)
		普通 当座	口座番号
<p>上記のとおり療養に要する別紙証拠書類を添えて申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">世帯主 (住所) 水俣市</p> <p style="text-align: center;">(氏名)</p> <p style="text-align: center;">(個人番号)</p> <p style="text-align: center;">(TEL)</p> <p>水俣市長 様</p>			

費用額	一部負担金	支給決定額