

第14号様式 (第15条関係)

国民健康保険療養費支給申請書					
被保険者 記号・番号		療養を受けた被 保険者	氏 名		世帯主 の 続 柄
傷 病 名			個人番号		
発病又は負 傷の年月日	年 月 日	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					
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		傷病の原因		療養 に 要 し た 費 用	円
		傷病の経過			
		療養内容			
		交通事故等の 第三者行為	有・無		
備 考 一般被保険者 退職被保険者 退職被扶養者					
<p>上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。 なお、支給決定額については、下記の口座へ振り込んでください。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>(宛先) 弥富市長</p> <p style="text-align: center;">住 所 世帯主 氏 名 個人番号 電話番号</p>					
振 込 先 金 融 機 関 名	預金種別	口座番号	口 座 名 義 人		
銀 行 本店 信用金庫 農 協 支店	普通 当座		(フリガナ)		