

支給区分	一般診療・補装具・海外療養・特別療養
------	--------------------

国民健康保険療養費支給申請書

㊦

被保険者証の 記号番号	—	療養を受けた 被保険者氏名 及び生年月日	年 月 日生 (男・女)		
区 分	一般・退職 (本人/家族) 高齢受給者 (1割/2割)				
傷 病 名		療 養 期 間	年 月 日から 年 月 日まで 日		
発病、負傷 年 月 日	年 月 日				
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					
療養の給付を 受けることが できなかった 理由	・補装具のため給付外請求 ・海外での診療のため ・その他 (以下のとおり)	発病 原因	療 養 に 要 し た 費 用	費 用 額 [食事金額]	_____ 円
		傷病 経過		支 給 額 [食事療養費]	_____ 円
		療養 内容		一 部 負 担 金 [標準負担額]	_____ 円
備 考	第三者行為の有無 有 ・ 無				

入 院  
外

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。  
療養費の受領方法については下記の口座へ振込みしてください。

年 月 日

(宛先) 前橋市長

世帯主 住 所

\_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ㊦

電 話 ( ) \_\_\_\_\_

個人番号 (申請者)																			
個人番号 (被保険者)																			

銀行 信金 信組 農協	本店	預金 種別	普通・当座・貯蓄	名 義 人	カ ナ	
	支店				漢 字	
	本所	口座				
	支所	番号				