

国保資格 (一般 ・ 退職 本 被) 親 (有 ・ 無) 乳 (有 ・ 無) 障 (有 ・ 無)

国民健康保険療養費支給申請書(一般・補装具・歯科・調剤)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 記号番号	45 - 第 号											
	療養を受けた 被保険者名	男 女	個人番号										
	傷病名				生年月日	年 月 日							
	発病負傷 年月日	年 月 日			療養期間	年 月 日から 年 月 日まで							
	療養薬剤の支給又は手当てを 受けた病院・診療所・薬局 その他の者の所在地と名称	所在地 名 称											
	診療薬剤又は手当に従事した 医師・歯科医師・薬剤師 その他の者の名前	氏 名											
	医療費の支給申請をした理由 (被保険者証で治療等が受け られなかった具体的な事由等)											
	発病又は負傷の原因								療養に要した費用				
	公費法制コード		薬剤一部負担金										
	備考	口座振込 (※世帯主の口座を記入してください。)											
	銀行	本店	店番号	種別	口座番号								
	金庫	支店		当									
	農協	出張所		普									

上記のとおり療養に要した費用に関する書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

世帯主 住 所 東久留米市
フリガナ
氏 名 印
個人番号 _____

TEL 042 ()

東久留米市長 殿