

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証の記号番号		よりい .										
療養を受けた 被保険者	氏名				世帯主 との続柄			資格	一般 . 退職本人 退職被扶養			
	生年月日	年 月 日			個人番号							
傷病名												
発症又は負傷 年 月 日	年 月 日			療養期間	年 月 日 から		年 月 日 まで				日間	
療養を受けた 医療機関等	所在地											
	名称											
	医師名											
療養の給付等を受け ることができ なかつた理由				傷病の原因								
				傷病の経過								
				療養の内容								
療養に要した費用	円			備考								
<p>上記のとおり、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;">寄居町長 あて</p> <p style="text-align: center;">世帯主 住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p style="text-align: center;">(個人番号)</p>												

下記預金口座に振り込みを依頼します。

<input type="checkbox"/> 公金受取口座への振込を希望します。 ※給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「 <input type="checkbox"/> 」にチェック(✓)してください。											
振込先 金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合 支店										
口座種別	普通・当座	口座番号									
フリガナ											
名義人(世帯主)											