



国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証の記号番号	み塩 A 00000	療養を受けた被保険者の氏名・生年月日	塩竈 太郎 0000年00月00日	世帯主との続柄	本人
個人番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0				
傷病名	骨折	療養期間	00 00年00月00日 から 00 00年00月00日 まで		
発病・負傷年月日	00年00月00日		00日 間		
診療・薬剤の支給又は手当てを受けた病院、診療所、薬局その他の者の名称及び所在地	0000病院 00市00町00番00号	発病の原因	歩行中転倒		
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	宮城 一郎	傷病の内容	足部亀裂骨折		
療養の給付を受けることができなかった理由	保険者変更による	療養に要した費用	200,000		円
銀行名	00	銀行 信金 信組 農協 その他	口座番号	普・当・貯	0 0 0 0 0 0 0 0
支店名	00	支店	預金名義人 (カナ)	塩竈 太郎 (シオガマ タロウ)	

第3者行為の場合、その旨を記入してください。



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。

00 00 年 00 月 00 日

住所 塩竈市00町0丁目0番0号

世帯主

氏名 塩竈 太郎

印

個人番号

0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

電話番号

000 — 000 — 0000

塩竈市長 殿

本人確認欄
<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他( )