（　　）（　　）

国民健康保険療養費支給申請書　（　小松　太郎　）

世帯主

その他

被保険者が記入するところ

被保険者記号・番号	小　〇〇〇〇〇〇〇	療養を受けた人の氏名、生年月日、続柄	小松　一郎 昭和××年××月××日 世帯主との続柄　子
個人番号			
傷病名		療養期間	から まで 日間
発病負傷年月日			
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氏名			
療養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理由）			
発病又は負傷の原因	1：第三者行為（交通事故等）　2：その他（自損事故・疾病等）	療養に要した費用	
療養の内容	1．医科　2．装具　3．海外療養費　4．（　　）	円	
備考			

印

支給額は、下記の振込口座に振り込みください。（口座名義人は世帯主です。）

振込先金融機関	△　△　銀行（信用金庫 農協）　△　△　支店（支所 出張所）	口座種別	1．普通 2．当座		
口座番号	1234567	口座名義人カナ氏名	コマツ　タロウ		

【医療費受給者証】こども・ひとり親・障害

保険税　1．完納　2．未納（納税相談　円充当）

受付者

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

××年××月××日

住　所　小松市□□町□□番地

世帯主

氏　名　小松　太郎　　印（署名または記名押印）

個人番号　123456789012　　電　話　〇〇－〇〇〇〇

（あて先）小松市長

審査決定点数	点
療養の給付をした場合に要する額	円
一部負担金	円
差引支給額	円

（　注　意　）

(イ) 所要事項はもれなく記入し、記入もれのないようにしてください。

(ハ) 資格確認書等で治療等が受けることが出来なかった理由は「法定伝染病」「生血購入」「補装具類」の各費用の請求を除く他はその理由を詳しく具体的に記入してください。

(ロ) 発病又は負傷の原因特に外傷の場合は具体的に受傷の原因を詳しく記入してください。

(ニ) 第三者行為にかかる傷病の場合は別に「第三者行為による傷病届」を添付してください。