

記載例

保 険 者 欄	決 裁 手 続 欄	申請年月日	・	・
		決 裁 年 月 日	・	・
		療養区分	診 療 費	資 格 特 定 給 付 一 部 負 担 金
		柔 所	医 歯 調 入 外	証 明 書 疾 病 割 合
		3 8	1 3 4 1 2	減 額 減 免 認 定 書 減 免
				1 1 2 1 1 2

①療養を受けた方の情報

療養を受けた方の、被保険者証の記号番号や氏名等をご記入ください。

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証 の記号番号	0 1 2 — 3 4 5 6 7	療養を受けた 被 保 険 者 氏 名 等	宇都宮 花子		世帯主との 続 柄
個 人 番 号	×××× ×××× ××××		男・ <input checked="" type="radio"/> 女	昭・平 29 年 4 月 6 日 生	妻
傷 病 名		療 養 期 間	令和 年 月 日 から 日間		
発 病 又 は 負 傷 年 月 日	令和 年 月 日		令和 年 月 日 まで		
診療、薬剤の支給または手当てを受けた病院、 診療所、薬局その他の名称および所在地					
診療または調剤に従事した医師、歯科医師 または薬剤師の氏名					
療養の給付を 受けることが できなかった理由		発病の 原因	②申請者欄 申請者は世帯主となります。 世帯主氏名を自署又は記名押印して下さい。 自署の場合、押印は省略可能です。 円		
		傷病の 経過			
		療 養 内 容			
業務上・外、 第三者行為 の有無	1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他	備 考			

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。

令和 4 年 4 月 1 日

住 所 宇都宮市旭1丁目1番5号

世 帯 主

氏 名 宇都宮 太郎 印 (自署の場合押印省略可)

個 人 番 号 × × × × × × × × × × × × × ×

宇都宮市長 様 電 話 () 6 3 2 - 1 2 3 4

支 払 方 法	1 現 金	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> 銀行	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> 支店	金融機関コード	◇◇◇◇ — ◆◆◆
	2 口座振込	<input type="radio"/>	信金	<input type="radio"/>	出張所	種 別	口 座 番 号
			信組		支所	<input checked="" type="radio"/> 普 通	1234567
		農協		支所	<input type="radio"/> 当 座		口座名義人(カタカナで記入)
							ウツノミヤ タロウ

③口座情報

世帯主または療養を受けた方の口座情報をご記入ください。

口座名義人は、カタカナでご記入ください。

決 定 額	費 用 額	円
	払 決 定 額	
	保 険 者 負 担 額	1
	部 負 担 金	2
	法 他 法 優 先	3
	方 負 担 分 国 保 優 先	4