

様式第7(第9条関係)

国民健康保険療養費支給申請書

療養に要した費用額	円	審査決定費用額	円	支給決定金額	円
被保険者証記号番号					
資格区分	一般・退職本人・退職扶養		適用区分	現Ⅱ・現Ⅰ・一般・低Ⅱ・低Ⅰ	
療養を受けた被保険者	氏名	性別		男・女	世帯主との続柄
	生年月日	年 月 日	個人番号		
療養期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間				
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					
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					
療養の給付等を受けることができなかった理由	傷病名				
	発病又は負傷の年月日		年 月 日		
	傷病の原因				
	傷病の経過				
	療養内容				
	交通事故等の第三者行為		有 ・ 無		
振込先金融機関	銀行 信用金庫 農協		本店 支店 出張所	口座の種類	普通座
	口座番号(右づめ)		フリガナ		
			口座名義人		
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。なお、口座名義人が申請人と異なるときは、その口座名義人に受領を委任します。					
年 月 日					
住所 _____					
世帯主 (アパート・マンションの名称等) _____					
氏名 _____					
個人番号 _____					
電話番号 _____ (_____)					
(あて先)北名古屋市長					

処理欄	福祉医療	決定区分
	子ども・障害 母子	支給 不支給

