

国民健康保険療養費支給申請書					
被保険者証の記号番号	井越	療養を受けた被保険者氏名		世帯主との続柄	
	—	個人番号			
傷病名		生年月日	年 月 日		
		療養期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間		
発病負傷年月日	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					
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					
診療の給付を受けることができなかった理由	発病の原因			療養に要した費用	
	傷病の経過			審査決定額	
	療養内容				
備考				支給決定額	
		資格照合印			
払込希望銀行名等	普 ・ 当	振込先		口座番号 _____	
		銀行	本店	フリガナ	
		信用金庫	支店	名義人	
		労働金庫	支所		
		農協			
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。					
年 月 日		住所 越前市			
		世帯主			
		氏名			
越前市長 殿		個人番号			
		㊞			