受付no.

国民健康保険療養費支給申請書

課長	副課長	係長	担当	受付日

一般 ・ 退職

被保険者等記号・番号	桶　　－	療養を受けた被保険者氏名	（　才） 個人番号	世帯主との続柄	
傷病名		療養期間	自　　年　　月　　日 至　　年　　月　　日		日間
発病負傷 年 月 日	※指示書・意見書の日付をご記入ください 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			甲
		所在地			乙
診療又は調剤に従事した医師、歯科医師又は薬剤師名					
療養費の給付を受けることができなかった理由	※以下から理由をお選びください 資格喪失後受診又は不携帯のため 装具作成のため 眼鏡作成のため その他〔　　〕	発病の原因			
		傷病の経過			
		療養の内容			
療養に要した費用	※10割の金額をご記入ください 円	備考	領収書の返却の希望：有 ・ 無		

上記のとおり、別紙証拠書類を添えて申請します。

令和　　年　　月　　日

桶川市長

世帯主

住　所　桶川市

氏　名

個人番号

電　話　　（　　）

銀行 信用金庫 農協	支店		普通 当座	口座番号	
				フリガナ	
				名義人	

□ 靴型装具の場合、写真添付（確認） 受付：